Wieloaspektowość logopedii

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii

Część I
Zaburzenia mowy w cyklu życia

Pod redakcją
Kariny Szafrańskiej
Ewy Małachowskiej
Iwony Klonowskiej

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU
MIKOŁAJA KOPERNIKA

Toruń 2018

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Recenzent
dr hab. Joanna Kulwicka-Kamińska, UMK Toruń
dr hab. Renata Marciniak Firadza, UŁ Łódź

Projekt okładki
Tomasz Jaroszewski

Redakcja
Elżbieta Kossarzecka

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
Toruń 2018

ISBN 978-83-231-4002-3

WYDAWNICTWO NAUKOWE UMK
ul. Gagarina 5, 87-100 Toruń
Redakcja: tel. (56) 611 42 95; fax (56) 611 47 05
e-mail: wydawnictwo@umk.pl
Dystrybucja: tel./fax (56) 611 42 38
e-mail: books@umk.pl
www.wydawnictwo.umk.pl
Druk i oprawa: Drukarnia WN UMK

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Spis treści

Wprowadzenie 7

Ewa Małachowska
Mowa i jej rozwój w kontekście warunkujących ją czynników 11

Lilianna Borowicz-Lech, Kamila Dworzańska, Joanna Król, Kamila Majder-Schulz, Alina Siemianowska-Bloch
Od diagnozy do terapii. Kliniczne aspekty zaburzeń rozwoju mowy – zagadnienia teoretyczne i praktyczne..... 37

Joanna Banaszak
Program Wczesnej Profilaktyki Mowy – inwestycja na przyszłość 87

Karina Szafrańska
Nabywanie mowy w procesie wychowania dwujęzycznego 105

Krzysztof Szamburski, Sylwia Zaręba
Jąkanie rozwojowe a zaburzenia czynności językowych związanych z prawą półkulą mózgu 125

Katarzyna Winiarska
Czy warto uczyć się emisji głosu? 141

Anna Pawluczuk
Słuch a rozwój mowy 153

Paulina Wodecka, Joanna Kasperuk
Wpływ stylu życia studentów na jakość funkcjonowania narządu słuchu 165

Malwina Wilczyńska
Zasady, metody i etapy pracy logopedycznej z pacjentami dorosłymi ... 181

Joanna Kamper-Warejko, Iwona Kaproń-Charzyńska
Rola nowych narzędzi komunikacji we wspieraniu osób z zaburzeniami mowy 197

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wprowadzenie

Oddaną do rąk czytelników publikację pt. *Wieloaspektowość logopedii* poświęcamy praktyce logopedycznej. Budowanie standardów wynikających z badań naukowych, doświadczenia terapeutycznego, uwzględniające uwarunkowania oraz potrzeby pacjentów, jest zasadą powszechnie stosowaną na świecie. Autorzy niniejszej książki kierują się przeświadczeniem, że przyczyny zaburzeń mowy zawsze tkwią w ludzkiej biologii i obejmują te procesy umysłowe, które warunkują możliwości jednostki. Diagnozowanie ich często wymaga wielospecjalistycznego procesu diagnostycznego, którego równorzędnym uczestnikiem jest logopeda. Wieloautorska publikacja, będąca wynikiem współpracy osób reprezentujących różne ośrodki i środowiska, jest zbiorem przemyśleń oraz doświadczeń praktyków: logopedów, neurologopedów, surdologopedów, oligofrenologopedów, specjalistów wczesnej interwencji logopedycznej, specjalistów higieny i emisji głosu, pedagogów, pedagogów specjalnych, tyflopedagogów i innych. Sformułowane wnioski w niej zawarte mają charakter uniwersalny. Wszyscy badacze podkreślają zasady ważne zarówno w procesie diagnozowania logopedycznego, jak i indywidualizacji postępowania logopedycznego, a więc dostosowane do potrzeb oraz możliwości pacjenta, osobistego zaangażowania badacza, oraz konieczność nawiązania współpracy z osobą badaną.

Zakres materiału

Publikację rozpoczyna artykuł dotyczący etapów rozwoju mowy i czynników na nią wpływających. Poszerza tym samym horyzonty czytelnika o społeczno-wychowawczy kontekst rozwoju mowy oraz psychorucho-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

we dojrzewanie dziecka. Stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań w tym zakresie oraz podbudowę teoretyczną do diagnozy i terapii logopedycznej w zakresie odstępstw od prawidłowego rozwoju mowy. Kolejny artykuł to cenna propozycja metodologiczna dla logopedów pracujących z dziećmi o potrzebach specjalnych. Uczy stawiania diagnozy i pokazuje drogę od diagnozy do terapii. Jest to ujęcie wieloaspektowe, co m.in. wynika z faktu, że autorki są specjalistami różnych dziedzin – neurologopedii, surdologopedii, wczesnej interwencji logopedycznej, oligofrenologopedii i tyflologopedii. Rozważania teoretyczne, oparte na bogatej i różnorodnej literaturze przedmiotu, wzbogaca studium przypadku. Trzeci z artykułów jest treściowo powiązany z poprzedzającym go tekstem. Porusza temat umiejętności poprawnego mówienia i jego znaczącej roli w życiu człowieka, w rozwoju jego osobowości, w kontaktach społecznych. Wskazuje podstawowe zadanie logopedii stosowanej, którym jest rozwijanie kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz sprawności realizacyjnych w tym zakresie, jak też zapobieganie nieprawidłowościom przebiegu tego procesu, likwidacja zakłóceń i zaburzeń komunikacji językowej oraz przeciwdziałanie ich psychicznym i społecznym skutkom. Zadania te wykonuje się poprzez realizację programów profilaktycznych oraz programów terapeutycznych, dostosowanych do rodzaju zaburzeń komunikacji językowej. *Nabywanie mowy w procesie wychowania dwujęzycznego* to bardzo interesujący artykuł, który ma z jednej strony charakter przeglądowy, przypomina bowiem różne sposoby pojmowania – kluczowego dla rozważań nabywania mowy w środowisku dwujęzycznym – pojęcia bilingwizmu. Z drugiej zaś wskazuje na wzorce motoryczne kształtujące fonetyczne realizacje języka. Pokazuje interdyscyplinarność zagadnienia, koncentrując się jednak na aspekcie językoznawczym. Zwraca uwagę odbiorcy na trafność hipotezy o oddzielnym rozwoju systemów morfologicznych i syntaktycznych w obydwu, przyswajanych od urodzenia, językach. W kolejnym artykule przedstawiono podstawowe funkcje językowe i komunikacyjne związane z prawą półkulą mózgu, stanowiące przedmiot diagnozy w *Baterii Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu* (RHLB-PL). Zagadnienia teoretyczne były dla autorów tekstu punktem wyjścia do badań, a właściwie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

przetestowania polskiej wersji baterii RHLB autorstwa Karen Bryan, stworzonej w celu diagnozy ilościowych i jakościowych zaburzeń komunikacyjnych powstałych na skutek prawostronnych uszkodzeń mózgu. Ich celem było stwierdzenie, czy realizacja czynności językowych związanych z prawą półkulą mózgu przez osoby jąkające się różni się istotnie od ich realizacji przez osoby mówiące płynnie. W kolejnym z zamieszczonych tekstów skupiono się na wybranych aspektach uwrażliwiania ucznia na pewne elementy oddechu, ciała, artykulacji. Zaproponowano autorski model pracy, czyli wypracowany przez lata „kod porozumiewania się z drugim człowiekiem". Jest to tzw. postępowanie holistyczne. W dalszej części monografii znalazły się teksty dotyczące słuchu i jego wpływu na rozwój mowy. Pierwszy stanowi przegląd literatury przedmiotu, a zarazem prezentację najważniejszych, wręcz rudymentarnych informacji dotyczących budowy i funkcjonowania narządu słuchu i jego powiązania z rozwojem mowy. W kolejnym artykule przedstawiono wyniki badań, które wskazują, że antyzdrowotny styl życia wpływa niekorzystnie na stan narządu słuchu. Proponujemy też lekturę niezwykle ciekawego artykułu poświęconego m.in. różnicom między pracą z dzieckiem a prowadzeniem terapii logopedycznej dorosłych pacjentów. Autorka na podstawie tych różnic tworzy własny model pracy dostosowany do osób dorosłych z zaburzeniami mowy. Pierwszą część publikacji *Wieloaspektowość logopedii* zamyka artykuł poświęcony problematyce nowych narzędzi komunikacji w logopedii. Autorki zwracają uwagę na możliwość świadomego wykorzystania typów komunikacji związanych z tymi narzędziami w terapii i usprawnianiu osób z zaburzeniami mowy. Kontakt z otoczeniem, budowanie więzi społecznych, przełamywanie barier – to aspekty funkcjonowania ważne dla każdego człowieka, w tym także dla osób z zaburzoną zdolnością komunikacji. W przypadku zablokowania funkcji systemu językowego – czasowej lub stałej, całkowitej lub częściowej, związanej z zaburzeniami lękowymi, psychotycznymi, emocjonalnymi, do realizacji celów komunikacyjnych mogą zostać wykorzystane, w zależności od sytuacji, telefoniczna czy internetowa komunikacja głosowa, a także komunikacja przebiegająca za pośrednictwem internetowych kanałów informacji o charakterze pisanym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Niniejsza publikacja z pewnością nie wyczerpuje całości problematyki, lecz zaprezentowane w niej analizy, stanowiska i wnioski stanowią ważny wkład do dyskusji nad metodami i narzędziami diagnostycznymi stosowanymi we współczesnej logopedii.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Ewa Małachowska
UMK Toruń

Mowa i jej rozwój w kontekście warunkujących ją czynników

Speech and its development in the context of its determinants

Streszczenie. Na rozwój mowy bezpośredni wpływ ma wiele czynników. W artykule obok etapów rozwoju mowy omówiono również wpływ doświadczeń prenatalnych i postnatalnych na mowę. Autorka przedstawiła społeczno-wychowawcze uwarunkowania mowy oraz zwróciła uwagę na korelację między rozwojem psycho--ruchowym a rozwojem mowy, w tym na rolę, jaką w rozwoju mowy odgrywa oddychanie, sposób karmienia i prawidłowe połykanie.

Summary. Many factors directly affect the development of speach. This article next to the stages of speach development, also discusses the impact of the prenatal and postnatal experiences on the speach and highlighted the correlation between the development of psychomotor skills and speach development, including the role which breathing, way of feeding and swallowing properly play in the development of speach.

Słowa klucze: Mowa, etapy rozwoju mowy, czynniki warunkujące rozwój mowy okresy rozwojowe: prenatalny, postnatalny.

Keywords: Speach, stages of speach development, factor influencing the development of speach, periods of development: prenatal, postnatal.

Mowa jest aktem ruchowym zależnym od sprawnego działania narządów układu oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego, czyli warg, języka, podniebienia miękkiego oraz żuchwy. Istotne dla rozwoju mowy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

jest również prawidłowe działanie narządu słuchu. Chociaż okres gotowości do mówienia w rozwoju dziecka następuje dopiero koło 12. miesiąca życia, dziecko od chwili narodzin porozumiewa się z otoczeniem. U niektórych dzieci mowa może wystąpić wcześniej, a u niektórych później, ponieważ każde dziecko ma własne tempo i rytm rozwoju wynikający z możliwości jego organizmu i warunków środowiskowych, ale przyjmuje się, że około 12.–20. miesiąca życia dziecko powinno wymawiać pierwsze słowa[1]. Formy tego porozumiewania stanowią istotny element w rozwoju mowy. Jednocześnie na rozwój mowy oddziałuje środowisko zewnętrzne, którego wpływ istotny jest już od chwili poczęcia. Dlatego rozpatrując rozwój mowy, bierze się pod uwagę następujące etapy:

1) **Etap kształtowania się mowy dziecka od okresu prenatalnego** – trwa aż do momentu porodu i uwzględnia również sam przebieg porodu.
2) **Etap kształtowania się mowy dziecka od okresu postnatalnego** – wyróżnia się tu następujące okresy:
   - **okres melodii**: od 0 do 1. roku życia,
   - **okres wyrazu**: od 1. roku życia do końca 2. roku życia,
   - **okres zdania**: od 2. roku życia do ukończenia 3. roku życia,
   - **okres swoistej mowy dziecięcej**: od 3. roku życia do ukończenia przez dziecko 6 lat.

Podane tu etapy rozwoju mowy oparte zostały na znanym podziale Kaczmarka[2], uzupełnione jednak o dodatkowy etap uwzględniający okres prenatalny.

Okres prenatalny a rozwój mowy

Okres prenatalny (przedurodzeniowy) jest ogromnie istotny i nie należy go pomijać ani bagatelizować. W literaturze przedmiotu coraz częściej można zauważyć podkreślanie jego znaczenia dla rozwoju mowy.

---

[1] Por. A. Balejko, *Jak pokonać trudności w mówieniu, czytaniu i pisaniu: dla rodziców i nauczycieli*, Białystok 2003, s. 278.

[2] L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1966, s. 38–40.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Okres życia płodowego zwany jest często etapem przygotowawczym[3]. Stanowi on czas kształtowania się narządów i układów biorących udział w procesie nadawania i odbioru mowy.

Kobieta w okresie ciąży jest narażona na wiele szkodliwych czynników, które mają wpływ na rozwój płodu. Często przyszłe matki nie zdają sobie sprawy, jak ważny jest ich stan przed zajściem w ciążę i jak wiele rzeczy oddziałuje wówczas na płód. Do czynników mających wpływ na prawidłowy rozwój płodu należą: przeszłość położnicza, wiek matki i ojca, palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu przez oboje rodziców, trudne warunki socjalno-bytowe, uciążliwe warunki pracy i przeciążenia psychiczne u matki, stres, jak również zakażenia, urazy i wypadki oraz przebyte choroby w czasie ciąży (serca, układu nerek, endokrynologiczne, narządów rodnych, zakaźne). Wielu autorów wskazuje również na inne czynniki ryzyka, które należy odnotować nie tylko w trakcie ciąży, ale i porodu. Poród jest nadzwyczaj znaczący dla rozwoju mowy i jakiekolwiek komplikacje (niedotlenienia, urazy okołoporodowe, uszkodzenia mózgu, żółtaczka, przedwczesny poród) mogą powodować uszkodzenie centralnego układu nerwowego, MPD, zaburzenia słuchu, wzroku itp., a niska waga urodzeniowa (poniżej 2500 g) może być przyczyną opóźnionego rozwoju mowy[4]. Do czynników ryzyka zalicza się: nieprawidłowe ułożenie płodu, niedotlenienie płodu, choroby płodu uwarunkowane genetycznie i choroby hemolityczne, niewspółmierność porodowa (wielkość główki płodu pozostaje w dysproporcji do wielkości tkanek kostnych kanału rodnego), poród zabiegowy, poród nagły, małą lub zbyt dużą wagę urodzeniową, przedłużone odpływanie wód płodowych, zielone wody płodowe, uszkodzenia okołoporodowe, np. obrzęki, pęknięcia i złamania kości czaszki z ich wgnieceniem, krwawienia śródczaszkowe, wypadanie pępowiny. Wszystkie te elementy oddziałując na płód, mogą prowadzić do rozszczepów podniebienia, warg, upośledzenia umysłowego, niedotlenienia, upośledzeń słuchu, zaburzeń w rozwoju psychomotorycznym, przed-

[3] Ibidem, s. 38–40.

[4] B. Rocławski, W. Fedorowska, B. Wardowska, *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy*, Wydawnictwo Glottispol, Gdańsk 1995, s. 29–35.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

wczesnych porodów czy upośledzeń odruchu połykania[5]. Do grup dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością zaliczane są dzieci, u których stwierdzono: wysokie ryzyko ciążowo-porodowe, wcześniactwo z typową dla przedwcześnie urodzonych niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego, urazy okołoporodowe uszkadzające ośrodkowy układ nerwowy, wady genetyczne, mutacje chromosomowe, aberracje chromosomowe, wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (np. małogłowie, wrodzone wodogłowie), opóźnione dojrzewanie odruchowe, infekcje w obrębie CUN, zaburzenia metaboliczne obciążające układ nerwowy, padaczkę[6]. Przedstawione wyżej elementy, mające znaczenie w okresie prenatalnym pokazują, jak fundamentalne jest to, by kobieta unikała czynników szkodliwych w czasie ciąży. Niestety często bywa tak, że kobiety nie mają świadomości wszystkich zagrożeń albo je bagatelizują.

Wpływ doświadczeń prenatalnych na rozwój mowy

Okres prenatalny jest niezwykle znaczący dla rozwoju mowy człowieka, ponieważ to w okresie życia płodowego kształtowane są podstawowe narządy nadawania i odbioru mowy. Zwłaszcza „wczesny okres życia płodowego jest najważniejszy dla kształtowania się odruchów z głównych punktów twarzy, istotnych dla rozwoju mowy. Obecność ich jest oceniana w momencie urodzenia i jest podstawą do planowania stymulacji”[7]. Początki rozwoju **ruchowego podłoża aktu mowy** są więc nierozerwalnie związane z okresem prenatalnym. W tym czasie kształtuje się nie tylko organiczna baza późniejszych czynności mownych, ale też następuje korelacja funkcjonalna poszczególnych analizatorów biorących później udział w czynności słyszenia i realizowania mowy, a także przyjmowania pokarmów oraz płynów.

---

[5] Ibidem, s. 13–28.

[6] B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania małego dziecka*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura [red.], *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Impuls, Kraków 2006, s. 20.

[7] E. Stecko, *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Analizator ruchowy mowy oraz – szerzej motoryki oralnej, właściwy tylko człowiekowi, ma zarówno komórki kinestetyczne, jak i efektoralne, a powiązania między nimi tworzą się właśnie w okresie płodowym. Odbywa się to stosunkowo wcześnie, bo między 6. i 7. tygodniem życia płodowego; wtedy zaczynają wspólnie pracować mięśnie i nerwy.

> Prenatalna faza rozwoju dziecka to również okres tworzenia się i intensywnego treningu organu produkującego substancję foniczną: nasady, krtani i płuc. Zaś koordynacja mięśniowo-nerwowa rozpoczyna się od wargi górnej; ona to najwcześniej zastaje uwrażliwiona na dotyk, a lekkie bodźcowanie sensoryczne tej okolic (w II trymestrze życia płodowego) powoduje zwrot szyi i tułowia w stronę stymulacji[8]. Do 10. Hbd[9] powierzchnią wrażliwą na dotyk staje się okolica szczękowa i żuchwowa, a drażnienie warg powoduje ich zamknięcie i wywołuje ruchy połykania. Zwiększeniu ulega zakres aktywności spontanicznej dziecka; pojawiają się ruchy podciągania górnej wargi (12 Hbd), co stanowi wstępne stadium w rozwoju odruchowej reakcji ssania[10].

Rozpoczynają swą pracę mięśnie potrzebne w okresie postnatalnym do chwytania, oddychania, fonacji i ssania (14 Hbd).

Oprócz narządu artykulacyjnego rozwija się również narząd fonacyjny. Pod koniec 3. miesiąca życia płodowego są już ukształtowane struny głosowe i dziecko jest zdolne do reakcji płaczu na długo przed narodzeniem.

Motoryka oralna kształtuje się również na drodze połykania wód płodowych (około 3. miesiąca), a intensywność tych ruchów zależy od składu chemicznego wód oraz od uczucia głodu. „Ruchom połykania towarzyszą sekwencje nabierania i wypierania płynów. Jest to niezbędne w późniejszym, postnatalnym procesie wdychania oraz wydychania powietrza atmosferycznego. Pojawiają się ruchy klatki piersiowej

---

[8] K. G.Shipley, J. G.McAfee, *Assessment of fluency. Assessment in speech language pathology*, Thomson Delmar Learning, United States Of America 2004.

[9] Hbd – skrót od greckiego pojęcia „hebdomen", czyli tydzień ciąży /tydzień życia płodowego.

[10] M. Biancuzzo, *Breastfeeding the Newborn: Clinical Strategies for Nurses*, Spiral Publisher, London 2001, s. 45–49.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

(13Hbd), a także rozkurcz mięśni przepony i brzucha. Noworodek nie dokonałby pierwszego oddechu, gdyby nie ćwiczył ruchów oddechowych na wiele miesięcy przed urodzeniem"[11]. Doświadczenia prenatalne budują zręby aktywności biomechanicznej aparatu oralnego. Dodatkowo – wzmocnione szeregiem odruchowych reakcji oralnych – stanowią podstawę motoryczną umożliwiającą sprawne, bezpieczne i efektywne funkcjonowanie organizmu niemowlęcia (a zwłaszcza jego aparatu oralnego) w środowisku pozamacicznym.

Z punktu widzenia postnatalnej aktywności aparatu oralnego absolutnie przełomowe znacznie mają w życiu płodowym dwa zjawiska: autostymulacja orofacjalna, która rozpoczyna się ssaniem kciuka (17Hbd), jako wczesna forma treningu funkcjonalnego i sensorycznego w obrębie artykulantów, oraz koordynacja ssania, połykania i gotowości do przyszłego oddychania, gdzie pełna synchronizacja tych aktywności kształtuje się od 32. Hbd do momentu przekroczenia progu perinatalnego (z automatyzacją kontynuowaną w okresie postnatalnym).

Ze względu na tak złożony i ważny dla późniejszego funkcjonowania jednostki okres przygotowawczy dla rozwoju mowy nie powinien ograniczać się tylko do unikania samych zagrożeń. Potrzebne jest również zapewnienie odpowiednich warunków dla rozwoju płodu i wczesna stymulacja w czasie ciąży, zwłaszcza że w 13. Hdb widoczny jest rozwój układu nerwowego. Pod koniec 3. miesiąca płód ma już ukształtowane struny głosowe[12]. W 12. tygodniu ciąży obserwuje się u płodu otwieranie i zamykanie ust, reakcje na dotyk, pracę mięśni oddechowych i fonacyjnych, które biorą udział w ssaniu. W 4. miesiącu ciąży rozwijają się ośrodki mowy. Poprzez ukształtowanie strun głosowych intensywne połykanie i wypieranie wód płodowych ćwiczone są ruchy oraz mięśnie, które po urodzeniu biorą udział w oddychaniu i mówieniu[13]. Również w 4. miesiącu okresu prenatalnego następuje

---

[11] D. Kornas-Biela, *W obliczu ryzyka urodzenia się dziecka niepełnosprawnego*, „Powiernik Rodzin" 3, 1991, s. 7–9.

[12] Zob. D.Lewis, *Zaczynajmy przed narodzeniem*, [w:] B. Rocławski (red.), *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Wydawnictwo Glottispol, Gdańsk 1998.

[13] E.Stecko, *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

bardzo intensywny rozwój słuchu. W tym czasie silne bodźce dźwiękowe potrafią budzić dziecko znajdujące się w łonie matki. Dzięki temu, że płód odbiera już melodię, akcent, rytm i natężenie, przyswaja sobie cechy prozodyczne systemu językowego, co ułatwi mu naukę języka po jego urodzeniu[14]. W kolejnych okresach wrażliwość słuchowa zwiększa się, a dziecko słyszy dźwięki ze świata zewnętrznego i zapamiętuje je, co potwierdza fakt rozpoznawania głosu rodziców w okresie pourodzeniowym. W 4. miesiącu ciąży „dziecko potrafi wydawać »krzyk« na skutek zgubienia ssanego palca" oraz odpowiednio reaguje na bodźce akustyczne, przyspieszone bicie serca matki czy ogólny niepokój ruchowy[15].

W okresie postnatalnym na rozwój mowy dziecka głównie będą oddziaływać czynniki środowiskowe, w których dziecko będzie żyło. Jednak istotne znaczenie dla wykorzystania możliwości rozwoju mowy dziecka ma rozwój narządów i funkcji zmysłów w okresie życia płodowego. Dlatego nie należy bagatelizować tego czasu, a kobieta w okresie ciąży powinna być objęta specjalnym „parasolem" ochronnym. Powinna mieć zapewnione odpowiednie warunki dla prawidłowego przebiegu ciąży. Sama również powinna pamiętać o odpowiednim trybie życia i czynnikach negatywnie oddziałujących na płód. Świadomość matki dotycząca zagrożeń rozwojowych płodu jest bardzo istotna, ale fundamentalna powinna być również możliwość stymulacji płodu dla jego prawidłowego rozwoju. Ponieważ dziecko w okresie ciąży jest zintegrowane z matką – dzięki niej odczuwa, słyszy, jest odżywiane – powinna ona zapewnić mu odpowiednie warunki rozwoju (prawidłowa dieta, brak stresów, pozytywne emocje, unikanie alkoholu, nikotyny itp.). Ważną rolę dla rozwoju mowy w okresie prenatalnym odgrywa stymulacja dźwiękowa. Dlatego coraz częściej podkreśla się znaczenie słuchania muzyki poważnej czy głośnego czytania książek w okresie ciąży.

---

[14] Ibidem, s, 16.

[15] L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1966, s. 175.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Rozwój mowy w okresie postnatalnym

Pierwszy etap rozwoju mowy – okres melodii – obejmujący okres od narodzin do 1. roku życia jest związany z formami poprzedzającymi mówienie. Przychodzące na świat dziecko nie potrafi jeszcze mówić, ale potrafi komunikować się ze światem, sygnalizując swoje potrzeby za pomocą płaczu i krzyku. Rozwój mowy zaczyna się od krzyku powiązanego z procesem oddychania i jako pierwszy pojawia się podczas narodzin. Oprócz wydawania dźwięków widoczne są również reakcje na bodźce słuchowe, które przejawiają się poprzez marszczenie czoła, mruganie, rozpościeranie rączek i płacz[16]. Dziecko odbierając bodźce słuchowe, od pierwszych chwil stara się niewerbalnie komunikować się z otoczeniem. Dziecko cały czas słucha, a jego językiem są nieartykułowane dźwięki, płacze oraz gesty i ruchy. Płacz noworodka różnicuje się już w chwili narodzin. Każdy z wielu rodzajów płaczu jest prośbą o pomoc w zaspokojeniu jakiejś konkretnej potrzeby[17]. Krzyk i płacz na samym początku stanowią podstawowe formy porozumiewania się z rodzicami, a jednocześnie są ważnym elementem w kształtowaniu mowy. Leon Kaczmarek wyróżnia następujące rodzaju krzyku:

- krzyk o monotonnym rytmie i harmonijnej strukturze (oznacza głód lub pragnienie),
- krzyk długi przerywany (oznacza cierpienie, ból, chłód),
- krzyk żałosny – kwilenie (oznacza, że dziecko ma mokro),
- krzyk ostry z akcentem irytacji lub nawet złości (oznacza, że domaga się przybycia matki lub kogoś z otoczenia),
- krzyk z zabarwieniem lęku (oznacza potrzebę pomocy),
- wesołe pokrzykiwanie (oznacza objaw dobrego nastroju)[18],

Krzyk i płacz sygnalizują potrzeby dziecka. Z czasem w krzyku dziecka można wyróżnić poszczególne dźwięki pojawiające się zwykle na bodźce słuchowe. Pierwsze dźwięki nie przypominają dźwięków

[16] E. Stecko, *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002, s. 20.

[17] T. Hogg, M. Blau, *Język niemowląt*, Wydawnictwo Klub Dla Ciebie, 2009, s. 16–80.

[18] L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1966, s. 10.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

mowy. Oprócz płaczu dziecko wydaje ciche pomrukiwania, sapanie, kwilenie, mlaskanie, mlaśnięcia, ziewanie i westchnięcia[19]. Zwykle pojawiają się one zupełnie przypadkowo, dzięki mimowolnym ruchom warg i języka. Mają one charakter dźwięków gardłowych oraz tylnojęzykowych i wiążą się z leżącą pozycją dziecka. W 2. miesiącu życia dziecko wydaje odgłosy przypominające mowę. Jest to bardzo ważny etap nabywania języka i trwa on kilka miesięcy i zwany jest głużeniem lub gruchaniem (niektórzy autorzy nie wyróżniają głużenia, lecz gaworzenie oraz gaworzenie samonaśladowcze, występujące od końca 4. miesiąca życia[20]). Podczas głużenia „powstają przypadkowe dźwięki na zasadzie odruchu bezwarunkowego"[21]. W kolejnym etapie (około 6. miesiąca życia) pojawia się gaworzenie, czyli „dźwięki, które powstają w wyniku ruchów narządów mowy oraz powtarzania dźwięków usłyszanych z otoczenia. Brak gaworzenia może sygnalizować, że dziecko nie słyszy"[22]. Gaworzenie „to czynność zamierzona (odruch warunkowy) polegająca na powtarzaniu i naśladowaniu dźwięków mowy. Dzięki nabywaniu takich cech jak spostrzegawczość, koncentracja uwagi – dziecko ponawia próby wydawania dźwięków, naśladuje te, które wydało przypadkowo, oraz te, które zasłyszało w swym otoczeniu"[23]. Zasób dźwięków staje się coraz większy, początkowo są to zwykle samogłoski, ale z czasem pojawiają się pierwsze spółgłoski (prymarne) „m", „b", „p", z których następnie dziecko zacznie budować sylaby („ma, ma, ma, pa, pa, ba, ba, itp.). „W piątym miesiącu życia dziecka pojawiają się elementy wargowo-zębowe przypominające v, f oraz przedniojęzykowo-zębowe t-d, do których artykulacji konieczne są precyzyjne

[19] J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007, s. 164.

[20] Ibidem, s. 164.

[21] K. Datkun-Czerniak, *Logopedia, Jak usprawniać mowę dziecka, Poradnik dla nauczycieli wychowania przedszkolnego i kształcenia zintegrowanego oraz rodziców*, Grupa Edukacyjna S.A., Warszawa 2004, s. 11.

[22] Ibidem, s. 12.

[23] E. Minczakiewicz, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997, s. 67.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ruchy warg i języka[24]. Dziecko słysząc dźwięki ze swojego otoczenia, usprawnia swój narząd słuchu oraz narządy artykulacyjne przez powtarzanie w okresie gaworzenia pierwszych sylab. Czasem rodzice mylą powtarzanie sylab z pierwszymi słowami. Gaworzenie jest świadomym powtarzaniem dźwięków, sylab. Nawet jeżeli dziecko powie „mama", to należy uznać to za słowo tylko wówczas, kiedy mamy pewność, że kojarzy nazwę z konkretną osobą (lub rzeczą), np. wskazując na mamę.

W miarę rozwoju dziecka jedną z metod porozumiewania się z otoczeniem są gesty. Charakterystyczne gesty, wyrazy twarzy, pozycje ciała połączone są zwykle z niemowlęcym płaczem. Początkowo stanowią one przypadkowe ruchy. Po upływie drugiego półrocza ruchy stają się bardziej świadome[25]. Z uzyskaniem bardziej precyzyjnych ruchów niemowlęta uczą się zaspokajać swoje potrzeby przez pokazywanie, połączone często z wokalizacją. „Dziecko używa gestykulacji jako środka zastępczego, aby umożliwić sobie wyrażanie uczuć i emocji, których nie potrafi wyrazić w żaden inny sposób". Gdy nauczy się wymawiać słowa, gesty tracą zwykle na znaczeniu[26]. Znaczenie gestów jest bardzo ważne dla rozwoju mowy. Należy jednak pamiętać, że jeżeli pozwolimy dziecku na zbytnią gestykulację, kiedy zaczyna używać słów, istnieje ryzyko, że rozwój języka może się opóźnić. Ponieważ dziecko wiedząc, że może zaspokajać swoje potrzeby za pomocą tylko gestów, nie będzie odczuwało potrzeby słownych wypowiedzi.

Dziecko kończąc pierwszy rok życia, przestaje być już niemowlęciem. Wkracza teraz w okres wczesnodziecięcy, który będzie trwał do ukończenia 6. roku życia. W tym okresie dziecko będzie doskonaliło swoją mowę, zdobywając nowe umiejętności językowe. Pierwszy etap, który go czeka, to okres wyrazu trwający zwykle do końca 2. roku życia. W tym okresie powinno wymawiać wszystkie samogłoski (oprócz nosowych), a także takie spółgłoski jak p, b, m, pi, bi, mi, t, d, n, k, ś, cza-

---

[24] E. Stecko, *Zaburzenia mowy dzieci...*, s. 20.

[25] T. Hogg, M. Blau, *Język niemowląt*, s. 84.

[26] G. Demel, *Minimum Logopedyczne Nauczyciela Przedszkola*, WSiP, Warszawa 1996, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

sem ć. Zaczyna wymawiać pierwsze słowa „mama", „baba", tata", „dada". W tym czasie dziecko jeszcze nie wymawia wszystkich spółgłosek, więc zazwyczaj zastępuje je innymi lub upraszcza grupy spółgłoskowe. Wypowiada tylko pierwsze albo ostatnie sylaby wyrazów[27].

W kolejnym etapie – okresie zdania – trwającym do ukończenia 3 lat, dziecko doskonali swój język, zdobywając umiejętność wypowiadania kolejnych spółgłosek: w, f, wi, fi, ś, ź, ć, dź, ń, l, li, k, g, ch, ki, gi, chi, j, ł, s, z, c, dz. Dziecko ma świadomość, jak dana głoska ma brzmieć, ale nie zawsze potrafi je dokładnie wypowiedzieć. Dlatego jak w poprzednim okresie – zastępuje trudną głoskę już znaną o zbliżonym miejscu artykulacji lub opuszcza ją, upraszczając sobie wyraz. Coraz większy zasób słownictwa pozwala dziecku na pierwsze równoważniki zdań, a czasem zdania dwu-, trzywyrazowe.

Kolejny etap to okres swoistej mowy dziecięcej trwający od 3. do 6. roku życia. W poprzednich dwóch etapach głównym środowiskiem dziecka była rodzina. Teraz (zazwyczaj kończąc 3. rok życia, a czasem później) dziecko rozpoczyna naukę w przedszkolu. Wchodzi w nowe środowisko, które dostarcza mu nowych wzorców językowych. Częściej przebywa też z rówieśnikami, z którymi musi się komunikować. W wieku 3 lat dziecko powinno rozróżniać już wszystkie samogłoski i spółgłoski. Może jeszcze nie wymawiać głosek z szeregu szumiącego (sz, ż, cz, dż), a głoski szeregu syczącego (s, z, c, dz) często zastępuje głoskami ciszącymi (ś, ź, ć, dź). Głoski szumiące powinny pojawić się pod koniec 4. roku życia. Również pod koniec tego okresu pojawia się głoska *r*, która jest jedną z najtrudniejszych głosek. Mowa dziecka 4–5-letniego daleka jest od doskonałości. Często wyrazy są skracane, grupy spółgłoskowe upraszczane, głoski przestawiane, tworzone są zlepki wyrazowe i nowe wyrazy. Mowa 5-latka jest zwykle zrozumiała. Głoski z szeregu szumiącego zaczynając się ustalać i pojawia się głoska *r*, jeżeli nie pojawiła się wcześniej[28]. Głoski z szeregu szumiącego oraz głoska *r* sprawiają duże trudności w opanowaniu nawet dzieciom w wieku 6 lat.

---

[27] K. Datkun-Czerniak, *Logopedia,* s. 12–13.

[28] G. Demel, *Minimum Logopedyczne Nauczyciela Przedszkola*, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Dziecko kończące 6. rok życia powinno prawidłowo realizować wszystkie głoski. Jego technika mówienia powinna być prawidłowa pod względem artykulacyjnym, fonacyjnym, składniowym i gramatycznym. Doskonalenie mowy przedstawione w powyższych okresach następuje równocześnie z rozwojem motoryki narządów artykulacyjnych, który jest uzależniony od dojrzałości układu nerwowego. Jeżeli dziecko nie ma wad organicznych i obciążeń z okresu ciąży i porodu, a przed ukończeniem 5. roku życia nie wymawia niektórych głosek prawidłowo, to zaliczamy to jako błędy w granicach normy rozwojowej[29]. Dziecko rozpoczynające naukę w klasie I powinno być przygotowane do nauki pisania i czytania. Powinno więc mieć prawidłowo opanowaną mowę oraz ukształtowany słuch fonematyczny.

W tabeli przedstawiam najistotniejsze aspekty rozwoju mowy:

Etap rozwoju mowy	Wiek dziecka	Umiejętności oczekiwane rozwojowo
Okres melodii (przygotowawczy, 0–1 r. ż.)	**2 m-c**	– wokalizacje pierwszych samogłosek, – wydawanie dźwięków o przypadkowym miejscu artykulacji (głużenie)
	4 m-c	– doskonalenie inwentarza samogłosek, – pojawienie się pierwszych prymarnych spółgłosek
	6 m-c	– powtarzanie (naśladowanie) sylab charakterystycznych dla danego języka, – gaworzenie samonaśladowcze
	8 m-c	– naśladowanie, powtarzanie oraz samodzielna wokalizacja sylab, – rozumienie wypowiedzi o charakterze emocjonalnym
	9 m-c	– dziecko zaczyna wskazywać palcem, – początek kształtowania się pola wspólnej uwagi oraz odczytywania intencji komunikacyjnych
	10 m-c	– pojawiają się pierwsze słowa z sylab otwartych, – rozumienie prostych słów (przeważnie rzeczowników w formie mianownika)
	12 m-c	– rozumienie prostych poleceń, niektórych nazw przedmiotów, osób i czynności, – samodzielne wypowiadanie kilku wyrazów, – powtarzanie sylab i słów wypowiadanych przez dorosłego (najczęściej: „daj”, „mama”, „tata”, „baba”)

[29] K. Datkun-Czerniak, *Logopedia*…, s. 12–13.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Okres wyrazu (1–2 r.ż.) *Dziecko mówi wiele wyrazów, głównie rzeczowniki. Wymawia wszystkie samogłoski ustne* ***„a, o, u, e, y”*** *oraz zaczyna wymawiać spółgłoski* ***„p, b, m, t, d, k, l, ń, ć”***	**13–16 m-c**	– dziecko posługuje się nazwami przedmiotów, osób i kilku czynności, – używa wyrazów głównie amorficznych, zbudowanych z sylab otwartych reduplikowanych, – doskonali się umiejętność dzielenia uwagi z dorosłymi
	18 m-c	– dalszy rozwój słownictwa, dominują wypowiedzi jednowyrazowe, rzadziej pojawiają się dwuwyrazowe bez odpowiedniej odmiany, – rozwój rozumienia prostych zdań (poleceń, zakazów)
	24 m-ce	– dalszy wzrost zasobu słownictwa, – pojawiają się wypowiedzi dwuwyrazowe i początki fleksji, jako pierwsza obserwowalna jest deklinacja ,w odmianie czasownika najczęściej używana jest trzecia os. lp., także w znaczeniu pierwszej os. trybu orzekającego, – występują także formy drugiej os. lp. trybu rozkazującego
Okres zdania (2.–3. r.ż.) *Pojawiają się pierwsze proste zdania. Powinny się pojawić głoski wargowe* ***„p, b, m, f, w”,*** *zmiękczenia* ***„pi, bi, mi, wi”,*** *środkowo-językowe* ***„ś, ć, dź, ń, ki, gi”,*** *tylnojęzykowe* ***„k, h”*** *oraz głoski* ***„s, z, c”***		– stały wzrost bazy słownikowej, – rozwija się system fonetyczno-fonologiczny (brakuje jedynie głosek dziąsłowych, stopniowo ustępuje charakterystyczna miękkość spółgłosek), – dynamiczny rozwój konstrukcji składniowych (budowanie wszystkich typów zdań podrzędnie i współrzędnie złożonych), – ogólny wzrost sprawności komunikacyjnej i społecznej
Okres swoistej mowy dziecięcej (wiek przedszkolny 3–7 r.ż.)	**3.–4. r.ż.** **Dziecko zaczyna wymawiać głoski „sz, ż, cz, dż” oraz głoskę „r”**	– dalsze rozbudowywanie zasobu słów, budowanie rozwiniętych i złożonych zdań, – dalszy rozwój systemu fonetyczno-fonologicznego (powinny pojawić się głoski dziąsłowe, oprócz „r”), – częste stosowanie wyrazów określających cechy, zwiększenie liczby przymiotników i przysłówków, – zmniejszenie liczby stosowanych neologizmów dziecięcych i błędów gramatycznych, – gwałtownie wzrasta liczba stawianych przez dziecko pytań („wiek pytań”), najczęściej pada pytanie *dlaczego?*, – dziecko potrafi bez kłopotu określić relacje przestrzenne za pomocą wyrażeń przymiotnikowych
	5. i 6. r.ż.	– system fonetyczno-fonologiczny powinien być w pełni rozwinięty, – wzrasta zdolność do narracji, – zaczyna formować się wiedza metajęzykowa, – widoczny jest duży wzrost kompetencji językowych, – dziecko bez trudności operuje zarówno elementami słownikowymi, jak i gramatycznymi systemu językowego.

Źródło: tabela została opracowana na podstawie literatury: J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007 oraz J. Cieszyńska, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2000.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Społeczno-wychowawcze uwarunkowania rozwoju mowy

Ontogeneza to inaczej rozwój osobniczy organizmu od momentu poczęcia i obejmujący wszystkie okresy jego życia. Przez cały okres ontogenezy na organizm oddziałują czynniki dziedziczne i środowiskowe. Do czynników dziedzicznych należą uwarunkowania genetyczne, do których zalicza się czynniki związane z wyposażeniem organicznym jednostki. Czynniki genetyczne tworzą predyspozycje rozwoju indywidualnego. Jednak niezwykle znaczące jest odróżnienie od nich cech wrodzonych, które mogą być wynikiem doświadczeń nabytych w okresie prenatalnym. Oprócz czynników dziedzicznych istotne dla rozwoju jednostki są uwarunkowania ekologiczne, w których wyróżnia się czynniki biograficzne oraz uwarunkowania ekonomiczne i socjalno-kulturowe (warunki materialne, zarobki, warunki mieszkaniowe, zróżnicowanie zawodowe itp.). Jednym ze składników ekologicznych czynników rozwoju jest środowisko wychowawcze takie jak rodzina czy szkoła[30].

„Rozwój mowy uwarunkowany jest genetycznie. Zależy on jednak nie tylko od właściwości wrodzonych organizmu człowieka, ale także od warunków społecznych, kontaktu z innymi mówiącymi ludźmi"[31]. Zarówno czynniki dziedziczne, jak i środowisko oddziałują na rozwój człowieka. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne koncepcje dotyczące znaczenia tych czynników dla rozwoju mowy i języka.

Behawiorystyczna koncepcja nabywania języka podkreśla zależność między rozwojem mowy a środowiskiem wychowawczym, przyznając mu decydujący wpływ na rozwój mowy. „Wychowawcze oddziaływania środowiska rodzinnego (wzmocnienia) stanowią w tej koncepcji niezbędny bodziec do powstania i utrwalania się nawyków werbalnych"[32]. Przeciwny pogląd przedstawili natywiści. Według nich

---

[30] M. Przetacznik-Gierowska, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1985, s. 55–63.

[31] E. M. Minczakiewicz, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, s. 64.

[32] Z. Dysarz, *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2003, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

uczenie się mowy nie polega na gromadzeniu i utrwalaniu nawyków, ale przez odkrywanie abstrakcyjnych reguł gramatycznych w słyszanym w otoczeniu języku. Dokonuje się to za pomocą wrodzonego mechanizmu ośrodkowego układu nerwowego. Zgadzają się przy tym, że dla odkrywania tych reguł potrzebne jest środowisko rodzinne. Socjolingwiści natomiast, uznając wpływ różnych czynników na rozwój języka, podkreślają istotną rolę otoczenia społecznego w przyswajaniu mowy[33]. W psychologii rozwojowej przestano zastanawiać się nad wyższością jednych czynników nad drugimi, a skupiono się na sposobach ich współdziałania. Badacze teorii rozwoju jak J. Bruner, J. Piaget, L.S. Wygotski podkreślają istotę interakcji społecznej dla rozwoju poznawczego i językowego dziecka, traktując środowisko jako przekaźnik zasad procesu językowego. Relacje dziecka ze środowiskiem mają wpływ na operacje umysłowe i tworzenie pojęć, a rozwój języka mowy i myślenia dokonuje się poprzez interakcję społeczną[34].

Większość umiejętności i sprawności ludzkich, w tym również mowa, zależy także od uwarunkowań środowiskowych, a język jest zjawiskiem społecznym. Na kształt mowy dziecka wpływa jego rozwój społeczno-emocjonalny. W przypadku zaniedbań środowiskowych, braku odpowiednich wzorców dochodzi do zaburzenia rozwoju mowy, a nawet jej opóźnienia. „Częste kontakty werbalne dziecka z otoczeniem przyspieszają ten rozwój: doskonaląc wymowę, bogacąc słownictwo, ucząc prawidłowego stosowania zasad gramatycznych, właściwego posługiwania się melodią, akcentem i rytmem wypowiedzi”[35]. Środowisko rodzinne powinno zapewnić dziecku odpowiedni rozwój emocjonalny, który wiąże się z rozwojem osobowości oraz rozwojem procesów poznawczych.

Rodzina jako pierwsze środowisko dziecka ma ogromny wpływ na kształtowanie się mowy dziecka. Na rozwój poszczególnych sfer wpływa przede wszystkim poziom więzi uczuciowych. „Każda rodzina charakteryzuje się swoistą atmosferą uczuciową, która zależy od wielu czynników, ale najbardziej istotne są więzi uczuciowe łączące osoby

---

[33] Ibidem, s. 15–16.

[34] Ibidem, s. 17–18.

[35] E. M. Minczakiewicz, *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, s. 64–65.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

w rodzinie”[36]. Rozwój myślenia i mowy dziecka w rodzinie przebiega w związku z różnymi sytuacjami dnia powszedniego. Czynniki uczuciowe oraz atrakcyjność zdarzeń wzbogacają i dynamizują mowę[37]. Warunki życia w rodzinie (zarówno materialne, ekonomiczne, ale również emocjonalne) silnie oddziałują na doświadczenia językowe dziecka. To rodzina dostarcza dziecku pierwszych wzorców, uczy ról społecznych, ukierunkowuje zainteresowania, stwarza okazje do uczenia się, ale również może też ograniczać. „Jeżeli dziecko zbyt długo pozostaje jedynie w kręgu rodziny, nie nawiązuje kontaktów z szerszym środowiskiem społecznym, może wykształcić się mowa zrozumiała tylko dla domowników”[38]. Dlatego istotne jest, by środowisko rodzinne zaspokajało potrzeby dziecka (również poprzez odpowiednie więzi uczuciowe) i zapewniało mu warunki do ogólnego rozwoju, a także rozwoju mowy.

„Mowa rozwija się na podstawie biologicznych mechanizmów, jednakże pod wpływem niezbędnych wzorców mowy ludzkiej i motywacji do mówienia”[39]. Motywacja do mówienia uzależniona jest od poziomu zaspakajania potrzeb dziecka ważnych dla rozwoju. Jedną z nich jest potrzeba kontaktu z rówieśnikami. Do pewnego momentu to rodzina stanowi najważniejszy (a czasem jedyny wzorzec do naśladowania). Rozwój społeczny na początku kształtowany jest w rodzinie i ma on również wpływ na rozwój mowy. Rozpatrując mowę w kategoriach społecznych, można wyróżnić następujące fazy jej rozwoju:

- uśmiech i stymulacja społeczna (po 3. tygodniu życia),
- gaworzenie i przywiązanie społeczne (około 4. miesiąca życia),
- przyswajanie słów i eksploracja społeczna (gdy dziecko rozpoczyna chodzenie),
- przyswajanie języka i doświadczeń społecznych (wchodzenie w pewne interakcje słowne powoduje bogacenie języka)[40].

---

[36] Z. Dysarz, *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*, s. 29.
[37] G. Demel, *Minimum Logopedyczne Nauczyciela Przedszkola*, s. 18.
[38] Ibidem, s. 18.
[39] Z. Dysarz, *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*, s. 32.
[40] Ibidem, s. 33.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Dziecko nawiązuje dialog z otoczeniem poprzez mimikę, gest, a później język. Potrzebuje kontaktu społecznego, by nauczyć się zasad skutecznego porozumiewania się, wzbogacania własnego języka i zdobywania nowych doświadczeń. „O wpływie środowiska społecznego na rozwój mowy świadczy to, że dziecko zaczyna mówić językiem swojej grupy etnicznej oraz wypracowuje kod językowy i reguły jego używania obowiązujące w jego rodzinie”[41]. Rodzina zapewnia dziecku warunki do ogólnego rozwoju i do rozwoju mowy. Dziecko uczy się mowy od swoich rodziców, rodzeństwa, dziadków. To od nich zależy, jakie wzorce i stymulacja językowa zostaną przekazane dziecku. Następnym środowiskiem społecznym, z którym dziecko będzie miało do czynienia, jest zwykle przedszkole. Tam dziecko spotka się z nowymi wzorcami językowymi i będzie miało okazję do słuchania prawidłowej wymowy. Będzie miało również kontakt z rówieśnikami i jeżeli jego mowa nie będzie prawidłowa, może nie odnaleźć się w grupie rówieśników lub zostać przez nią odrzucone. Dlatego warto podkreślić, jak istotny jest wpływ rodziny na rozwój dziecka.

Ogromne znaczenie w przyswajaniu języka mają procesy percepcyjne, poznawcze i pamięciowe. Mowa jest związana z percepcyjnym uczeniem i prawidłowym funkcjonowaniem narządów obwodowych wytwarzających mowę oraz rozwojem motorycznym. W oddziaływaniach profilaktycznych, stymulujących i korekcyjnych związanych z tym rozwojem to rodzina odgrywa najważniejszą rolę[42]. Istotne jest, by środowisko wychowawcze, tak bardzo oddziałujące na dziecko, stwarzało mu warunki do optymalnego, całościowego rozwoju, a przez to przyczyniało się również do prawidłowego rozwoju funkcji językowych

Rozwój psychoruchowy a mowa dziecka

Rozwój psychoruchowy, czyli rozwój motoryki i funkcji poznawczych bez wątpienia powiązany jest z rozwojem mowy i kształtuje się on w tym samym czasie. Sprawności motoryczne zależne są zarówno od czynni-

[41] Ibidem, s. 34–35.

[42] Z. Dysarz, *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*, s. 35.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ków genetycznych, jak i środowiskowych. Dużą rolę w rozwoju tych sprawności odgrywa jednak stymulacja środowiskowa oraz bodźce zewnętrzne[43]. Rozwój ruchowy zaczyna się już w okresie życia płodowego i doskonali w trakcie życia postnatalnego. Dziecko przychodząc na świat, wchodzi w zupełnie nowe środowisko. Wcześniej wszystkie jego potrzeby zaspokajał organizm matki. Po urodzeniu się dziecko musi nauczyć się porozumiewać z otoczeniem i zdobywać nowe umiejętności, by mogło przetrwać i prawidłowo się rozwijać. Okres niemowlęcy charakteryzuje się bardzo dynamicznym rozwojem psychofizycznym. Pierwsze miesiące życia to głównie rozwój ruchów. W pierwszym miesiącu życia dziecko potrafi na krótko unieść głowę, gdy leży na brzuchu. Około 5. miesiąca będzie mogło podnieść klatkę piersiową na wyprostowanych ramionach, by w kolejnych miesiącach mogło swobodnie poruszać głową w czasie leżenia na brzuchu i obracania jej w kierunku odbieranych bodźców. Od około 3. miesiąca życia dziecko ćwiczy sztywne utrzymywanie główki, by koło 6. miesiąca przystąpić do nabycia sprawności siedzenia. „Zdolność wykonywania prawidłowych ruchów głowy warunkuje właściwy rozwój poznawczy"[44]. Osiągnięta przez dziecko pozycja siedząca pozwala na dokładniejszą obserwację otoczenia i zapewnia mu więcej bodźców poznawczych. Od 4. miesiąca dziecko ćwiczy mięśnie nóg i tułowia poprzez podpieranie nóg o podłoże podczas przytrzymywania. Gdy ukończy 6 miesięcy będzie utrzymywać nóżki prosto i usztywnione w kolanach, by w kolejnych miesiącach samodzielnie stać, początkowo przytrzymując się różnych rzeczy lub osób. Stanie spowoduje przyspieszenie jego rozwoju poznawczego, gdyż znacznie rozszerzy pole obserwacji oraz ułatwi kontakty społeczne. W końcu nabycie przez dziecko umiejętności stania spowoduje, że będzie mogło zdobywać umiejętność chodzenia. Sprawność nabywaną w różnym czasie przez poszczególne dzieci, od 10. do 15. miesiąca życia (jeżeli dziecko nie chodzi po 15. miesiącu życia to jest to sygnał ostrzegawczy). Umiejętność chodzenia dostarcza dziec-

[43] J. Cieszyńska, M. Koredno, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007, s. 21.

[44] Ibidem, s. 22–23.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ku odpowiedniej ilości bodźców oraz stymulacji potrzeby odkrywania i badania otoczenia[45]. Między 12. a 15. miesiącem życia rozwój ruchowy osiąga najwyższy poziom, czyli samodzielne chodzenie. Zbiega się ono ze znacznym rozwojem aktywności językowej dziecka[46]. W kolejnych etapach dziecko będzie doskonaliło precyzje swoich ruchów, a rozwój ruchowy i psychiczny będzie kształtował jego osobowość.

W psychoruchowym rozwoju dziecka bardzo ważne są umiejętności chwytania i manipulowania przedmiotami, rozwijające się od momentu przyjścia na świat. Następnym etapem rozwoju jest zdobywanie wrażeń czuciowych i wzrokowych, po czym pojawia się sprawne wykorzystanie ręki jako narzędzia. Pierwszym rodzajem chwytu jest chwyt prosty (małpi), następnie wraz z doskonaleniem precyzji manipulowania pojawia się chwyt dłoniowo-łokciowy, by około 8.–9. miesiąca dziecko wyrobiło sobie chwyt pęsetkowy polegający na przeciwstawieniu kciuka i palca wskazującego. Również w tych miesiącach pojawia się gest wskazywania palcem, który jest ważny dla rozwoju poznawczego i społecznego[47]. Gest należy do form poprzedzających mówienie i odgrywa znaczącą rolę w komunikacji pozawerbalnej oraz jest istotnym elementem w rozwoju mowy.

Zmiany w rozwoju motorycznym, jakie dokonały się w okresie niemowlęcym, nie są już tak intensywne w kolejnym etapie. W 2. roku życia dziecko ćwiczy umiejętność chodzenia i doskonali zdolność lokomocji, zwiększając również swoją samodzielność. Ręce stają się doskonałym narzędziem do manipulacji. Ponadto większa aktywność dziecka skupia się na umiejętności zwanej zabawą, która wpływa na rozwój poznawczy i społeczny. Zwykle jest to zabawa naśladująca ruchy dorosłych. Trzeci rok życia wiąże się z okresem harmonijnego rozwoju. Dziecko nie ma problemu z poruszaniem, a jego ruchy rąk są skoor-

---

[45] J. Cieszyńska, M. Koredno, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007, s. 27–29.

[46] B. Odowska-Szlachcic, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 24.

[47] J. Cieszyńska, M. Koredno, *Wczesna interwencja terapeutyczna…*, s. 32–34.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

dynowane z ruchami nóg i tułowia. Zwiększa się również jego samodzielność w zakresie samoobsługi. Ruchy narządów artykulacyjnych doskonalą się, chociaż nie wszystkie głoski realizowane są dokładnie. Prawidłowe ruchy narządów mowy wiążą się z poprawnym wykonywaniem takich czynności jak ssanie, oddychanie czy gryzienie. Trudności artykulacyjne wynikają często z niedojrzałości funkcjonowania narządów mowy. W okresie od 2. do 3. roku życia ruchy języka, szczęki, podniebienia miękkiego są powolne i słabe, zazwyczaj brak jest ruchów naprzemiennych. Piąty i 6. rok życia przynosi ugruntowanie nabytych wcześniej umiejętności, by dziecko mogło samodzielnie funkcjonować. W tym czasie komunikuje się z rówieśnikami oraz dorosłymi i wyraża swoje emocje. Osiąga umiejętności pozwalające podjąć naukę w szkole, m.in. sprawne ruchy rąk niezmiernie ważne podczas nauki pisania i rysowania[48]. Należy pamiętać o indywidualnym tempie rozwoju każdego dziecka, ale zwracając jednocześnie uwagę na okresy krytyczne w rozwoju każdej umiejętności.

„Rozwój funkcji ruchowych ma ustalony przebieg i ich poziom najczęściej służy do oceny rozwoju psychoruchowego"[49]. Rozwój motoryczny wiąże się ze ściśle uzależnionymi od siebie etapami. Jednak nie u każdego dziecka kolejność pojawiania się określonych umiejętności występuje w tym samym czasie. Zawsze jednak osiągnięcie wyższego etapu uwarunkowane jest istnieniem niższego[50].

Ważnym elementem z punktu widzenia rozwoju poznawczego jest stymulacja analizatora wzroku. Aktywne spostrzeganie jest prymarnym etapem rozwoju inteligencji oraz uczenia się komunikacji językowej. Wpływa również na funkcje motoryczne (manualne). W okresie niemowlęcym kształtuje się umiejętność skupiania wzroku na twarzy osoby dorosłej, a później na ustach, reagowanie mimiką, reagowanie uśmiechem na uśmiech, śledzenie przedmiotu po łuku 90 stopni, skupianie wzroku podczas leżenia na brzuchu, oglądanie małych przed-

[48] Ibidem, s. 39–64.

[49] B. Odowska-Szlachcic, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 27.

[50] J. Cieszyńska, M. Koredno, *Wczesna interwencja terapeutyczna…*, s. 39.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

miotów, a następnie manipulowanie nimi, naśladowanie czynności dorosłych. Z czasem koordynacja wzrokowo-ruchowa pozwala na bardziej wyspecjalizowane czynności, takie jak kolorowanie, rysowanie czy wyodrębnianie figury z tła itp.[51] Wszystkie te czynności będą pomocne przy nauce czytania tekstu, który stanowi pewną część języka i przyczynia się również do dalszego rozwoju mowy.

Kolejny istotny czynnik w rozwoju psychomotorycznym to rozwój percepcji słuchowej. Uwarunkowany jest dojrzewaniem układu nerwowego oraz stymulacją dźwiękową. Niesprawny receptor słuchu wpływa na fragmentaryczność odbieranych informacji. Rozwój analizatora słuchowego rozpoczyna się w dwunastym tygodniu ciąży i trwa do około 10. roku życia. Już 6-miesięczne dziecko spostrzega różnice intensywności dźwięków, a między 4. a 7. miesiącem życia pojawia się umiejętność różnicowania dźwięków. Analizator słuchu i słuchowe drogi nerwowe noworodka dojrzewają dzięki stałej stymulacji dźwiękowej. Bodźce słuchowe kształtują również stosunki interpersonalne[52]. Rozwój receptora słuchowego ma ogromne znaczenie dla rozwoju mowy. Uczenie się, a następnie powtarzanie dźwięków jest niemożliwe bez ich wcześniejszego odbioru przez narząd słuchu. Prawidłowy rozwój sfery słuchowo-językowej w rozwoju psychoruchowym zapewnia raczkowanie. Są to pierwsze ruchy naprzemienne, które kształtują współpracę międzypółkulową mającą wpływ na rozwój wyżej wymienionej sfery[53].

Zapewnienie dziecku odpowiedniego rozwoju psychoruchowego poprzez rozwijanie sprawności motorycznych oraz kształtowanie percepcji wzrokowej i słuchowej przyczyniają się do zdobywania nowych doświadczeń i rozwijania mowy. Prawidłowy przebieg rozwoju ruchowego, rozwój koordynacji i precyzji ruchów, ruchy manipulacyjne i sensomotoryczne oraz odbiór dźwięków za pomocą receptora słuchu kształtują poprawną mowę dziecka. Jakiekolwiek nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym mogą powodować zaburzenia w rozwo-

---

[51] Ibidem, s. 69–116.

[52] Ibidem, s. 121–155.

[53] B. Odowska-Szlachcic, *Metoda integracji sensorycznej* …, s. 43.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ju języka. Znaczenie interakcji rozwoju ruchowego z rozwojem mowy podkreśla fakt, że etapy rozwoju mowy są ściśle powiązane z osiąganiem przez dziecko kolejnych umiejętności ruchowych. Początkowo, gdy dziecko jest w pozycji leżącej, przechodzi przez etap głużenia. Następnie, gdy przyjmuje pozycję półleżącą i siedzącą, zbiega się to z okresem gaworzenia. Etap wyrazu powiązany jest z przyjęciem przez dziecko pozycji spionizowanej. W miarę doskonalenia chodzenia zwiększa się zasób słownictwa, a dziecko zdobywa coraz więcej doświadczeń i wchodzi w okres zdania.

Oddychanie, karmienie i prawidłowe połykanie

Rozwój mowy warunkuje wiele czynników. Jednym z zasadniczych elementów wpływających na prawidłowy kształt mowy jest prawidłowa budowa i sprawne działanie aparatu artykulacyjnego (jak również oddechowego i fonacyjnego). Istotna jest więc wiedza rodziców odnośnie do zagadnień dotyczących pielęgnacji niemowlęcia, karmienia, nauki żucia, połykania i oddychania.

W procesie kształtowania się prawidłowej mowy dziecka ważny jest sposób jego karmienia. Najkorzystniejszym jest ssanie piersi, które stanowi pierwotną funkcję podawania pokarmu. W naturalny sposób przyczynia się do usprawniania mięśni artykulatorów (warg, języka, policzków)[54]. Podczas karmienia naturalnego pracują również mięśnie klatki piersiowej, a mięśnie okrężne warg wpływają na domykanie ust, dzięki czemu niemowlę może oddychać przez nos. Ssanie wymaga też intensywnej pracy mięśni, które wpływają na prawidłowy rozwój żuchwy. Podczas karmienia należy pamiętać, że dziecko należy pionizować. Poziome ułożenie niemowlaka powoduje słaby wzrost doprzedni żuchwy oraz utrudnia połykanie i oddychanie przez nos. Jeżeli nie jest możliwe karmienie piersią, należy wybrać smoczek maksymalnie imitujący warunki karmienia naturalnego. Dziecko powinno mieć możliwość regulowania ilości pokarmu, tak by się nie zakrztusiło i nie musiało przerywać oddychania. Jeżeli mięsień okrężny warg będzie sła-

[54] K. Datkun-Czerniak, *Logopedia, Jak usprawniać mowę dziecka…*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

bo się rozwijał, to dziecko będzie oddychało przez usta, co spowoduje płaskie układanie języka i dysfunkcje połykania. W przyszłości może to przyczynić się do powstania wady wymowy[55]. Noworodek w chwili przyjścia na świat ma wykształcony odruch ssania, który rozwinął się w okresie prenatalnym. Ssanie piersi oprócz kształtowania prawidłowej budowy artykulatorów, prawidłowego połykania i oddychania buduje między matką a dzieckiem więź emocjonalną, równie istotną w procesie porozumiewania się.

W kolejnym etapie karmienia (około 5.–6. miesiąca życia) wprowadzane są produkty o rozdrobnionej konsystencji. Karmienie łyżeczką powoduje, że dziecko zaczyna usprawniać wargi i język. Ważne jest, by podawanie pokarmów o rozdrobnionej konsystencji zastąpić na pewnym etapie normalnymi pokarmami, które kształtować będą żucie i gryzienie. Zmiana konstystencji trawionych pokarmów przyczyni się do rozwoju aparatu artykulacyjnego.

Następnym czynnikiem przygotowującym niemowlęcy narząd do mówienia jest połykanie. Niemowlę połyka pokarmy płynne i półpłynne z językiem wsuniętym między bezzębne szczęki. Mięśnie policzków i warg są wtedy bardzo napięte. Na początku jama ustna niemowlaka jest płaska, a język wykonuje jedynie ruchy w poziomie. Z czasem, gdy pojawi się pełne uzębienie, zwiększa się pionowy wymiar jamy ustnej. Zwiększa się miejsce na pionowe ruchy końca języka, a zęby mleczne blokują go przed wysuwaniem do przodu. Kiedy język jest skierowany do przedniej części podniebienia, rozpoczyna się połykanie typu dorosłego, a ustaje połykanie typu niemowlęcego. Prawidłowe połykanie powinno być dobrze opanowane do rozpoczęcia wymiany zębów mlecznych na stałe. Przerwa po zębach mlecznych może powodować wciskanie końca języka w to miejsce i przyczyniać się do nieprawidłowego połykania oraz wymowy międzyzębowej. Nieprawidłowe połykanie połączone z brakiem pionizacji języka negatywnie wpływa na zgryz oraz wymowę[56].

---

[55] B. Rocławski, *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Glottispol, Gdańsk 1998.

[56] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Ważną czynnością oddziaływającą na rozwój mowy jest oddychanie. Może ono zaburzać rozwój artykulatorów i prowadzić do schorzeń organizmu. Prawidłowe oddychanie przez nos korzystnie wpływa na rozwój szczęk. Nieprawidłowe oddychanie przez usta powoduje powstawanie zaburzeń zgryzowych (tyłozgryzy, zwężenia szczęki, zmiany w stawie skroniowo-żuchwowym). Dzieci oddychające przez usta są częściej narażone na przeziębienia, gdyż zimne, nieoczyszczone powietrze dociera bezpośrednio do płuc. Przyczyną oddychania przez usta jest niedrożność przewodów nosowych i jamy nosowo-gardłowej, która może być całkowita lub częściowa. Zwykle wywołana jest ona stanami zapalnymi błony śluzowej nosa, gardła, górnych dróg oddechowych lub skrzywieniem przegrody nosowej, stanami zapalnymi i przerostem migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego. Zbyt długo utrzymujący się nawyk nieprawidłowego oddychania wpływa niekorzystnie na rozwój klatki piersiowej, narządu krążenia i oddychania, narządu żucia i czaszki twarzowej, a także prowadzi do obniżenia mięśni tyłozgryzów i płaskiego ułożenia języka na dnie jamy ustnej[57]. Na rozwój prawidłowego oddychania ma pozycja dziecka podczas snu. Nieprawidłowe układanie głowy dziecka podczas snu może być również przyczyną nieprawidłowego kształtowania narządu żucia (przodo- lub tyłozgryzów). Zbyt wysokie ułożenie głowy podczas snu powoduje przesunięcie żuchwy i języka do przodu, a ułożenie głowy w poziomie lub odgiętej do tyłu powoduje, że żuchwa i język są cofnięte, a usta są otwarte i pojawia się nieprawidłowe oddychanie. Prawidłowa pozycja podczas snu jest wtedy, gdy głowa dziecka jest na lekkim podwyższeniu, a kręgosłup ułożony poziomo.

Nieprawidłowości w budowie artykulatorów oraz zgryzu mogą być spowodowane zbyt długim stosowaniem smoczków i karmieniem butelką. Dziecko przyzwyczajając się do smoczka, rzadziej napina mięsień okrężny ust, przez co uniemożliwiony jest odruch ich zamykania. Jednocześnie stosowanie smoczków powoduje przedłużanie odruchu ssania, który może powodować zaburzenia szczękowo-zgryzowe (tyłozgryzy, zwężanie szczęk, zgryz otwarty) oraz zaburzenia w połykaniu

[57] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

w postaci połykania typu niemowlęcego[58]. Negatywny wpływ zbyt długiego używania smoczków można zaobserwować w trakcie, kiedy dziecko zaczyna mówić. Często rodzice nie zwracają na to uwagi i dziecko mówi, trzymając smoczek w buzi. Dochodzi wówczas do powstawania wad zgryzu oraz dziecko przyswaja sobie nieprawidłowe dźwięki mowy, które samo wypowiada. Zwykle takie zachowanie powoduje wady wymowy oraz nieprawidłowe ukształtowanie słuchu fonemowego.

Oddychanie, połykanie i karmienie należą do czynników przygotowujących niemowlęcy narząd do mówienia. Dlatego niezmiernie ważne jest posiadanie odpowiedniej wiedzy w tym zakresie przez rodziców. Najczęściej jednak jest tak, że to właśnie te elementy przyczyniają się do powstawania wad wymowy u dzieci. Ponieważ świadomość rodziców w zakresie czynników kształtujących mowę dziecka jest niewystarczająca. Czasem zdarza się również, że wiedza rodziców o rozwoju mowy jest na wystarczającym poziomie, by ją odpowiednio kształtować, lecz udogodnienia współczesnego świata powodują, że rodzice nie przywiązują do tego wagi. Zapominają o tym, że rozwój mówienia warunkuje naukę pisania i czytania, z którą dziecko zetknie się w szkole. Wady wymowy spowodują, że ta nauka będzie znacznie utrudniona. Istotne jest więc uświadamianie rodziców oraz przypominanie im, jakie czynniki warunkują rozwój mowy i jak ważnym jest on elementem stanowiącym rozwój sfery poznawczej, psychicznej i społecznej.

Bibliografia

Biancuzzo, M. (2001). *Breastfeeding the Newborn: Clinical Strategies for Nurses*. London: Spiral Publisher.

Cieszyńska, J., Korendo, M. (2007). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

Cytowska, B. (2006). *Idea wczesnej interwencji i wspomagania małego dziecka*. [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka.* Kraków: Impuls.

[58] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Datkun-Czerniak, K. (2004). *Logopedia. Jak usprawniać mowę dziecka. Poradnik dla nauczycieli wychowania przedszkolnego i kształcenia zintegrowanego oraz rodziców*. Grupa Edukacyjna S.A.

Demel, G. (1996). *Minimum Logopedyczne Nauczyciela Przedszkola*. Warszawa: WsiP.

Dysarz, Z. (2003). *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.

Hogg, T., Blau, M. (2009). *Język niemowląt*. Wydawnictwo Klub Dla Ciebie.

Kaczmarek, L. (1966). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.

Lewis, D. (1998). *Zaczynajmy przed narodzeniem*. [w:] B. Rocławski. *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.

Minczakiewicz, E. (1997). *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.

Odowska-Szlachcic, B. (2010). *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

Przetacznik-Gierowska, M., Makiełło-Jarża, G. (1985). *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.

Rocławski, B. (1998). *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Glottispol.

Rocławski, B., Fedorowska, W., Wardowska, B. (1995). *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy*. Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.

Stecko, E. (2002). *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Shipley, K. G., McAfee, J. G. (2004). *Assessment of fluency. Assessment in speech language pathology*. United States Of America: Thomson Delmar Learning.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Lilianna Borowicz-Lech
Kamila Dworzańska
Joanna Król
Kamila Majder-Schulz
Alina Siemianowska-Bloch
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 1 dla Dzieci i Młodzieży Niewidomej i Słabo Widzącej w Bydgoszczy

Od diagnozy do terapii. Kliniczne aspekty zaburzeń rozwoju mowy – zagadnienia teoretyczne i praktyczne

From diagnosis to therapy. Clinical aspects of speech development disorders – theoretical and practical issues

Nieważne, w jak dużym stopniu kontrolę sprawuje kora mózgowa. Mózg pierwotny będzie w dalszym ciągu pierwotny w poczuciu istnienia w pierwszej kolejności. To właśnie mózg pierwotny daje nam impuls do przetrwania jako jednostka…
Michelle Odent

Streszczenie. Ideą powstania artykułu jest przedstawienie form, metod i technik wykorzystywanych w pracy z dziećmi w SOSW nr 1 w Bydgoszczy. Autorki oparły swoje rozważania na wiedzy teoretycznej oraz bogatego doświadczenia zawodowego w codziennej praktyce logopedycznej. W artykule wykazały, że etiologia zaburzeń komunikacji często wynika z podobnych, a nawet tych samych niekorzystnych czynników. Z reguły im wcześniej

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

wykryty niekorzystny czynnik i przedsięwzięte działania, tym większe szanse na ograniczenie, a nawet eliminację zaburzeń. Ze względu na interdyscyplinarność artykuł może być źródłem informacji nie tylko dla logopedów, ale też całego zespołu specjalistów zajmujących się diagnozą i terapią dzieci z szerokim spektrum zaburzeń mowy w aspekcie klinicznym.

Słowa klucze: alternatywna augmentatywna komunikacja (AAC), dystonia, ekspresja/percepcja mowy, globalne wzorce ruchowe, głuchoniewidomy, hipertonia, hipotonia, implant ślimakowy, integracja sensoryczna, komunikacja werbalna/awerbalna, metoda Prechtla, motoryka ustno-twarzowa, mózgowe porażenie dziecięce.

Summary. The idea of the article was to present forms, methods and techniques used while working with children of Louis Braille Blind Centre no1 in Bydgoszcz. The authors based their conclusions on theory taken from bibliography (attached) as well as their experience gained in every day speech therapy practice. In the article the authors proved that the aetiology of communication disorders has its roots in similar or even the same unfavourable factors. As a rule, the earlier impairment the wider and graver consequences. On the other hand the earlier the factor is discovered and the action taken, the better chances of abating or even eliminating the disorder. Regarding the interdisciplinary character of the article it can be the source of information for a wider group than speech therapists only e.g those who carry out clinical diagnosis and therapy of children with complicated spectrum of speech therapy.

Keywords: augmentative and alternative communication, braille, diagnosis, dystonia, expression/ speech perception, general movement, hypertonia, hypotonia, cochlear implant, sensory processing, verbal /nonverbal communication, Prechtl's method, oral and facial motor.

Wczesna diagnoza neurologicznych zaburzeń rozwoju dziecka – od narodzin do okresu wczesnoniemowlęcego

Z biologicznego punktu widzenia najważniejszą funkcją młodego organizmu jest przetrwanie, a życie bez względu na okoliczności i ograniczenia staje się darem, o który z pomocą lekarzy, rehabilitantów oraz rodziców często muszą walczyć już najmniejsi pacjenci oddziałów neonatologicznych. Opieka neonatologiczna oraz pediatryczna nad wcześniakami, noworodkami urodzonymi o czasie i niemowlętami zmniejsza ryzyko ich śmierci, ale powoduje wzrost liczby dzieci bardzo słabych, przeżywających pomimo wad rozwojowych i uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, wymagających specjalistycznej opieki, leczenia i neurostymulacji od urodzenia. Wrodzone lub nabyte uszkodzenia mózgowia u dziecka w okresie prenatalnym, w czasie porodu lub po urodzeniu manifestują się różnie nasilonymi zaburzeniami i opóźnieniem w rozwoju psychomotorycznym w zakresie postawy oraz lokomocji, umiejętności

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

chwytania, percepcji zmysłowej, mowy aktywnej i jej rozumienia oraz umiejętności komunikowania się z osobami znaczącymi dla dziecka. Rozpoczynając wczesną diagnostykę oraz wczesną rehabilitację, należy mieć na uwadze etapy rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, którego rozwój rozpoczyna się około 19. dnia po zapłodnieniu, a około 4. tygodnia życia zarodkowego powstaje cewa nerwowa. Około 8. tygodnia w jej przednim odcinku kształtuje się zawiązek mózgowia i do końca okresu zarodkowego są obecne, chociaż niedojrzałe, struktury mózgu. W chwili porodu dojrzałe są niższe piętra ośrodkowego układu nerwowego: rdzeń przedłużony, pień mózgu i część jąder podstawy. Natomiast kora mózgu i kora móżdżku nie są w pełni wykształcone. Niedojrzałe są też układy neuroprzekaźników, a mielinizacja znajduje się dopiero w początkowym stadium. Koniec dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego przypada na 18.–20. rok życia, kiedy to ulega zakończeniu mielinizacja korowych włókien kojarzeniowych i włókien istoty szarej. Wczesny rozwój mózgu jest genetycznie zaprogramowaną przestrzennie i czasowo dokładnie ustaloną sekwencją zdarzeń. Szkodliwe czynniki działające w okresie pre- i perinatalnym mogą zaburzyć skomplikowane procesy dojrzewania i różnicowania układu nerwowego, powodując powstawanie różnych patologii, np. mózgowego porażenia dziecięcego, upośledzenia umysłowego, uszkodzenia narządu wzroku i słuchu. Sformułowanie – „dziecko z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwoju" – dotyczy noworodków, u których w okresie płodowym i okołoporodowym zaistniały niekorzystne okoliczności, mogące mieć wpływ na rozwój ich zdolności ruchowych, poznawczych lub przystosowania do życia w społeczeństwie. Noworodka, u którego oprócz obciążających danych z wywiadu, występują objawy sugerujące uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, określa się terminem „dziecko z grupy ryzyka symptomatycznego i anamnestycznego"[1]. Jednym z bardzo wczesnych, jednocześnie nieinwazyjnych metod diagnozowania objawów sugerujących uszkodzenie młodego układu nerwowego jest ocena ruchów spontanicznych, tzw. ruchów globalnych według metody Prechtla. Narzędzie to daje możliwość wykrycia specyficznych oznak neurologicznych w okresie prenatalnym lub po

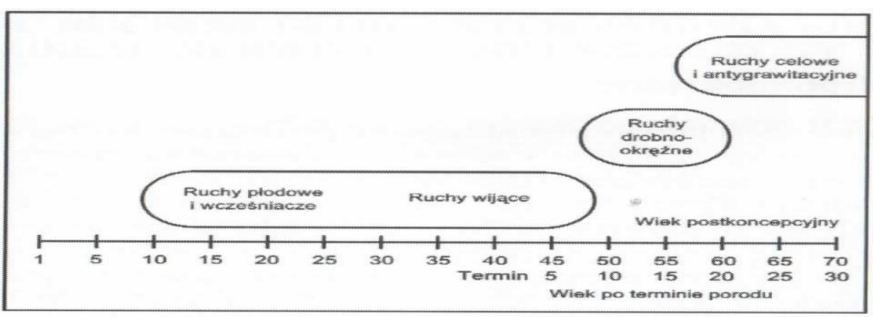
[1] J. Szczapa, *Podstawy neonatologii*, wyd. 1, PZWL, Warszawa 2008.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

narodzinach u wcześniaków i noworodków donoszonych prognozujących z dużym prawdopodobieństwem późniejszy rozwój objawów mpd. W skrócie można powiedzieć, że wyżej wymieniona metoda opiera się na ocenie ruchów globalnych (GMs) stanowiących część repertuaru ruchów spontanicznych obecnych od okresu płodowego do końca 6. miesiąca życia dziecka. Ruchy globalne są złożone, występują często i trwają dostatecznie długo, by możliwa była ich staranna obserwacja. Ruchy te obejmują całe ciało w zróżnicowanej sekwencji ruchów ramion, nóg szyi i tułowia. Charakteryzuje je również narastanie i wygasanie intensywności, siły i prędkości oraz stopniowy początek i koniec. Rotacje wzdłuż osi kończyn i niewielkie zmiany kierunku ruchu sprawiają, że są one płynne i eleganckie oraz sprawiają wrażenie złożoności i różnorodności. Jeżeli układ nerwowy jest uszkodzony, ruchy globalne tracą swój złożony i zmienny charakter i stają się monotonne i ubogie. Dwa wzorce ruchów globalnych w sposób rzetelny prognozują późniejsze wystąpienie mózgowego porażenia dziecięcego: jest to utrzymujący się wzorzec ruchów kurczowo-zsynchronizowanych oraz nieobecność ruchów o charakterze drobnookrężnym. Jakość ruchów globalnych jest prawdopodobnie modulowana przez ścieżki korowo-rdzeniowe lub siateczkowo-rdzeniowe, w związku z czym może ulec zmianom wskutek uszkodzenia tych struktur. Zakłócenie projekcji korowo-rdzeniowych przez uszkodzenia okołokomorowe wieńca promienistego mózgu lub kapsuły wewnętrznej wskutek krwotoków lub zmian niedotleniowo-niedokrwiennych (leukomalacyjnych) prowadzi do wystąpienia nieprawidłowych ruchów globalnych. Tracą one swoją złożoność i różnorodność, prezentując ubogi repertuar, charakter kurczowo-zsynchronizowany lub chaotyczny. Definicja ta jest prawdziwa dla ruchów wcześniaczych i wijących, gdyż ruchy drobnookrężne mogą być albo nieprawidłowe, albo nieobecne. Warto uściślić, że ruchy drobnookrężne są to ruchy pojawiające się w wieku 6.–9. tygodni po urodzeniu, u zdrowego noworodka zmieniają się z wijących i są ruchami o niewielkiej amplitudzie i średniej prędkości oraz zmiennym przyspieszeniu we wszystkich kierunkach w obrębie szyi, tułowia i kończyn. U czuwającego niemowlęcia są one ciągłe z wyjątkiem chwil skupionej uwagi. Technika oceny ruchów globalnych jest narzędziem pozwalającym na przewidzenie uszkodzeń mózgu (w tym mpd)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

w bardzo młodym wieku (do 6. m.ż. dziecka) w sposób zupełnie nieinwazyjny, możliwy do przeprowadzenia już na oddziałach neonatologicznych. W celu zapewnienia rzetelnej oceny ruchów globalnych konieczna jest przede wszystkim standaryzacja procedury filmowania i prawidłowego wykonania indywidualnej trajektorii rozwojowej, wskazującej na konsekwentne lub niekonsekwentne występowanie objawów prawidłowych lub nieprawidłowych. Ogromną zaletą tej techniki (stosowanej w Ośrodku im L. Braillea w Bydgoszczy) jest możliwość przewidzenia późniejszego rozwoju objawów mpd, a co za tym idzie – wczesnego właściwego opracowania i wprowadzenia działań interwencyjnych na długo przed rozwinięciem patologicznych cech mpd. Interwencja, nawet najwcześniejsza, nie powoduje zapobiegnięcia mpdz, ale daje możliwość zapobiegania defektom wtórnym, co w znacznym stopniu poprawia komfort życia małego pacjenta[2].



Rys. 1. Rozwój ruchów globalnych

1. Ruchy globalne w okresie wcześniaczym – nie obserwuje się różnic u noworodków urodzonych przedwcześnie, co oznacza, że ani zwiększenie siły grawitacji po urodzeniu, ani dojrzewanie mózgu nie mają wpływu na występowanie ruchów globalnych.

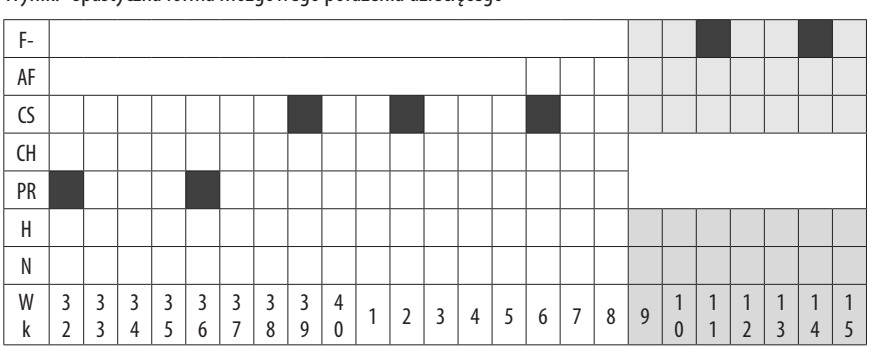
[2] Ocena globalnych wzorców ruchowych według Prechtla: narzędzie diagnostyczne do funkcjonalnej oceny młodego układu nerwowego / Christa Einspieler, Heinz F.R. Prechtl).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

2. Ruchy wijące – w okresie terminu porodu i w kolejnych dwóch miesięcach globalne wzorce ruchowe określane są mianem ruchów wijących. Mają one małą lub średnią amplitudę oraz małą lub średnią prędkość. Zazwyczaj przyjmują formę eliptyczną, co tworzy wrażenie wicia się.
3. Ruchy drobnookrężne – w wieku 6–9 tygodni po urodzeniu charakter globalnych wzorców ruchowych zdrowego noworodka zmienia się z wijących na drobnookrężne. Ruchy drobnookrężne to ruchy o niewielkiej amplitudzie i średniej prędkości oraz zmiennym przyspieszeniu we wszystkich kierunkach w obrębie szyi, tułowia i kończyn Jakość ruchów globalnych zmienia się, jeśli układ nerwowy jest uszkodzony.

Przykład. Indywidualny proces rozwojowy przypadka A, urodzonego w 31. tygodniu ciąży. W okresie wcześniaczym obserwowany w 32. i 36. tygodniu ubogi repertuar ruchów nie prognozuje uszkodzeń neurologicznych, natomiast pojawienie się w okresie terminu porodu (39. tydzień) i utrzymywanie ruchów kurczowo-zsynchronizowanych, po których następuje nieobecność ruchów drobnookrężnych, sygnalizuje możliwość wystąpienia mpdz.

Wynik: spastyczna forma mózgowego porażenia dziecięcego



Oznaczenia:
F – nieobecność ruchów drobnookrężnych, AF – nieprawidłowe ruchy drobnookrężne, CS – ruchy kurczowo-zsynchronizowane, Ch – chaotyczne ruchy globalne, PR – ubogi repertuar ruchów globalnych, H – hipokinezja, N – prawidłowe ruchy globalne, Wk – tygodnie.

Okres, w którym ruchy drobnookrężne muszą wystąpić, jest zaznaczony na szaro.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

1. Ubogi repertuar globalnych wzorców ruchowych – występuje, kiedy sekwencja kolejnych części składowych ruchu jest monotonna i ruchy różnych części ciała nie pojawiają się w sposób złożony, jaki obserwuje się w ruchach prawidłowych.
2. Ruchy globalne kurczowo-zsynchronizowane (cramped-synchronised) – wyglądają sztywno i brak im prawidłowego płynnego charakteru: wszystkie mięśnie tułowia i kończyn kurczą się i rozluźniają prawie jednocześnie.
3. Ruchy globalne o charakterze chaotycznym – ruchy wszystkich kończyn mają dużą amplitudę i występują w sposób chaotyczny bez płynności, a ich charakter jest nagły.
4. Nieprawidłowe ruchy drobnookrężne – ruchy te wyglądają jak prawidłowe ruchy drobnookrężne, ale ich amplituda, prędkość i urwany charakter są nieco lub bardzo przerysowane. Występują rzadko.
5. Nieobecność ruchów drobnookrężnych – nieobecność tych ruchów między 9. a 20. tygodniem po terminie porodu stanowi dość dokładną prognozę uszkodzeń neurologicznych[3].

Aspekt logopedyczny wczesnej diagnozy i możliwości wczesnej interwencji u małego dziecka pod względem neurologopedycznym

Dziecko przychodzi na świat ze zdolnością do wydawania dźwięków. To właśnie dźwięk, płacz jest jednym z kilku ważnych kryteriów oceny stanu zdrowia noworodka. Od chwili narodzin dziecko prawidłowo rozwijające się wydaje dźwięki i komunikuje głosem swoje potrzeby. Ten przed-językowy, niewerbalny sposób porozumiewania się stanowi ważny etap rozwoju zdolności komunikowania się. Czynniki decydujące o prawidłowym kształtowaniu się języka są różnorakiej natury. Aby mowa pojawiła się w sposób naturalny, dziecko musi urodzić się z niezaburzonymi zmysłami, głównie słuchu i wzroku. Język to bowiem

[3] Ocena globalnych wzorców ruchowych według Prechtla: narzędzie diagnostyczne do funkcjonalnej oceny młodego układu nerwowego / Christa Einspieler, Heinz F.R. Prechtl).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nie tylko nadawanie, ale również odbieranie. Już w okresie płodowym mózg odbiera i rejestruje różne dźwięki, w tym także dźwięki mowy. To dlatego od pierwszych chwil po urodzeniu dziecko potrafi rozpoznać głos matki, który zapewnia poczucie bezpieczeństwa i łagodzi niepokój. Takie zachowania dowodzą, że z językiem od samego początku złączone są emocje, które nadajemy i odbieramy i które dziecko rozumie jako pierwsze w językowym przekazie. Daje to zarówno nam – terapeutom, jak i rodzicom ważną wskazówkę – przekaz werbalny pozbawiony emocji jest dla dziecka na wczesnym etapie rozwoju zupełnie nieczytelny. Pierwsze wydawane przez dziecko odgłosy co prawda nie przypominają dźwięków mowy (są to oprócz płaczu ciche pomrukiwania, sapania, kwilenie, mlaśnięcia itp.), dowodzą one jednak sprawności i uruchamiania narządów artykulacyjnych oraz stanowią podstawę rozwoju mowy. Stymulacja rozwoju mowy oparta na wcześniej przeprowadzonej diagnostyce oceny globalnych wzorców ruchowych i poprzedzona prawidłowo poprowadzonym badaniem logopedycznym powinna odbywać się od pierwszych dni życia dziecka i obejmować: czynności artykulacyjne, zdolność naśladowania i rozumienia oraz zachowania społeczne warunkujące pojawienie się języka. Góruje pogląd, że w ciągu dwóch pierwszych lat życia plastyczność centralnego układu nerwowego jest największa. Wówczas bowiem dobiega końca proces różnicowania się dendrytów, powstawania synaps oraz mielinizacji nerwów. Jest to okres, w którym można najskuteczniej oddziaływać na rozwój, wykorzystując nie tylko mechanizm kompensacji, ale także substytucji.

Wracając do wczesnej interwencji zarówno pedagogicznej, logopedycznej, jak i fizjoterapeutycznej (są one ściśle ze sobą powiązane, tworząc nierozerwalną całość) zasadnymi wydają się informacje na temat odruchów, z którymi dziecko przychodzi na świat. Stanowią one rzetelną metodę badania noworodka oraz niemowlęcia zdrowego i z grupy ryzyka. Pozwalają neurologopedzie na ocenę stanu dziecka. Dziecko przychodzi na świat wyposażone w zachowania pozwalające automatycznie odpowiadać na to, co dzieje się wokół, na wrażenia zupełnie jeszcze dla niego obce. Stopniowo uczy się reagować na bodźce, początkowe automatyzmy. Warunkują one przetrwanie i świadczą o roz-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

wijającym się i dojrzewającym układzie nerwowym. Zespół zachowań, o których mowa, został nazwany odruchami[4].

Dla okresu noworodkowego charakterystyczne jest występowanie odruchów fizjologicznych, które zanikają w późniejszym okresie życia. Zarówno niemożność wywołania odruchów, jak i utrzymywanie się ich ponad przewidziany normą okres mogą świadczyć o zmianach patologicznych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Do odruchów fizjologicznych okresu noworodkowego zalicza się:

- objaw „oczu lalki" – podczas powolnego odwracania głowy w lewo i w prawo oczy nie podążają za ruchem głowy, ale odwracają się w stronę przeciwną, zanika w połowie 2. m.ż.,
- chód automatyczny – dziecko podtrzymywane jest w pionie przez badanego, tak aby stopy dotykały podłoża, co wywołuje odruch kroczenia – zanika w połowie 2. m.ż.,
- odruch Babkina – jednoczesny ucisk na wewnętrzną powierzchnię obu dłoni powoduje otwarcie ust, zanika w połowie 2. m.ż.,
- odruch ssania – rytmiczne ruchy ssania i języka w odpowiedzi na wsunięcie palca do jamy ustnej noworodka jest w pełni rozwinięty u noworodków urodzonych przed końcem 34. tygodnia ciąży, zanika w połowie 3. m.ż.,
- odruch szukania – drażnienie okolicy kącika ust powoduje obrót głowy w kierunku bodźca i wysunięcie języka, zanika w połowie 6. m.ż.,
- odruch toniczny szyjny symetryczny – przygięcie głowy do klatki piersiowej w pozycji na plecach i odgięcie w kierunku grzbietowym po 30 s powoduje początkowe zgięcie ramion i wyprostowanie nóg, a następnie zgięcie nóg i wyprostowanie ramion – zanika pod koniec 4. m.ż.,
- odruch toniczny szyjny asymetryczny – powolne odwracanie głowy na bok, tak aby broda dotknęła barku, w pozycji na plecach powoduje wyprostowanie kończyn po stronie, w którą zwrócona jest twarz, i zgięcie po stronie przeciwnej, zanika w połowie 5. m.ż.,

[4] J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia,* Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2008.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– odruch Moro – reakcja obronna noworodka, powstaje w odpowiedzi na gwałtowny bodziec, składa się z dwóch następujących po sobie faz :
– faza I (noworodek odwodzi ramiona, częściowo prostuje kończyny górne i prostuje palce dłoni,
– faza II (noworodek zgina i przywodzi ramiona).

Prawidłowo zanika pomiędzy 5. a 6. m.ż.:
– odruch chwytny dłoni i stóp – w odpowiedzi na ucisk wewnętrznej powierzchni dłoni lub podeszwowej powierzchni stopy u nasady palców następuje zgięcie palców dłoni lub stopy i objęcie palca badającego, odruch chwytny rąk zanika pod koniec 6. m.ż., a odruch chwytny stóp pod koniec 12. m.ż.,
– odruch Babińskiego – w odpowiedzi na drażnienie bocznej części podeszwowej powierzchni stopy w kierunku od palców do pięty następuje grzbietowe zgięcie palucha zwykle z towarzyszącym zgięciem podeszwowym pozostałych palców, zanika pod koniec 12. m.ż.[5]

Dokonanie oceny dojrzałości dziecka znacznie ułatwia ustalenie właściwego postępowania terapeutycznego. Dla neurologopedy najważniejsze są odruchy obszaru ustno-twarzowego, w trakcie pierwszego badania powinien on zwrócić szczególną uwagę na niemowlęcy narząd artykulacyjny, sprawdzając jednocześnie podstawowe odruchy, takie jak:
– odruch Babkina (opisany powyżej),
– otwierania ust – otwieranie ust na bodziec, jakim jest zbliżanie piersi lub butelki do ust,
– ssania (opisany powyżej),
– przełykania – aktywizuje się podczas odczuwania głodu i podczas ssania, ruch mięśni podtrzymujących krtań, ruchy perystaltyczne gardła i przełyku, umożliwiające przechodzenie pokarmu lub śliny do żołądka, funkcjonuje od narodzin przez całe życie,
– szukania (opisany powyżej),
– wymiotny – wywołuje go silne podrażnienie tylnej części języka lub krtani, reakcją jest zwracanie treści pokarmowej,

[5] J. Szczapa, *Podstawy neonatologii*, wyd. 1, PZWL, Warszawa 2008.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– kąsania, gryzienia, zaciskania zębów – aktywizują się pierwotnie przy jedzeniu, jako reakcja na głód, wywołuje je stymulacja obszaru warg, zębów lub języka przez włożenie w usta pokarmu lub przedmiotu, bodźcem może stać się sam widok jedzenia,
– żucia – wywołuje go dotykanie dziąseł w okolicy zębów trzonowych,
– nasycenia – jest reakcją organizmu na wystarczającą ilość pożywienia, powoduje ogólny stan zadowolenia i uspokojenia, patologicznie działający powoduje między innymi stałą potrzebę jedzenia lub stały odruch wymiotny
– ryjkowy – aktywizuje się poprzez energiczny dotyk warg, klepnięcie, polega na skracaniu się i przywiedzeniu do środka okrężnych mięśni ust, a co za tym idzie – wyciągnięcie się warg do przodu i powstanie reakcji trąbkowej.

Symptomy nieprawidłowości neurofizjologicznych pojawiają się już w pierwszych dniach życia, kiedy dziecko wykazuje trudności związane z przyjmowaniem pokarmu – nie domyka ust, ma trudności z uchwycenie piersi, prawidłowym ssaniem, połykaniem, ślini się nadmiernie, odmawia jedzenia. Trudności ruchowe w zakresie tych funkcji fizjologicznych wiążą się z późniejszymi kłopotami w gryzieniu, żuciu, używaniu kubeczka, przetrwałym ssaniem, stale otwartymi ustami, wysuniętym językiem, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń mowy z wyraźnie zaznaczonymi cechami motorycznymi. W procesie diagnostycznym należy zwrócić szczególną uwagę na patologię anatomiczną i fizjologiczną kompleksu ustno-twarzowego oraz jak już wcześniej wspomniano motorykę całego ciała. Pierwotna motoryka ustno-twarzowa jest bowiem, zdaniem Swietłany Masgutowej, podstawą rozwoju nie tylko technicznego aspektu mowy, lecz także psychicznego (myślenie, rozumienie), a właściwy jej rozwój jest procesem uruchomienia zaprogramowanego potencjału rozwoju artykulacji i myślenia.

Działania terapeutyczne w zakresie motoryki ustno-twarzowej

Dziecko przychodzi na świat wyposażone w zachowania pozwalające automatycznie odpowiadać na to, co dzieje się wokół. Początkowe au-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

tomatyzmy warunkują przetrwanie i świadczą o rozwijającym się i dojrzewającym układzie nerwowym. Zespół tych zachowań, o których mowa, nazywamy odruchami[6].

Pierwszym objawem, który sam w sobie jest niepokojący, jest nieprawidłowe ssanie lub jego brak. Problem ten dotyczy głównie dzieci urodzonych między 23. a 29. tygodniem ciąży, ponieważ w tym okresie życia płodowego nie jest zakończony rozwój ssania[7]. Na co zwrócić uwagę przy zaburzeniach odruchu ssania? Czynnikiem, który determinuje przyjmowanie przez dziecko pokarmu, jest napięcie mięśniowe. Przy obniżonym napięciu mięśniowym charakterystyczne jego cechy widoczne są w obszarze ustno-twarzowym: rozchylone wargi, odwiedziona żuchwa, język wysunięty ku przodowi, dominacja ustnego toru oddechowego, brak lub słabe odruchy wargowe (szukanie, cmokanie), odruch kąsania, odruch żuchwowy, wymiotny, wysuwania języka, połykania. Symptomy te prowadzą do trudności w utrzymaniu brodawki lub smoczka, wyciekaniu mleka kącikami ust, małą dynamiką ssania i połykania, nadmiernym ślinieniem, krztuszeniem, odmową jedzenia. Cechy charakterystyczne, które mogą towarzyszyć podwyższonemu napięciu w sferze orofacjalnej, to: sztywność w stawie skroniowo-żuchwowym, podwyższone napięcie w obszarze kości jarzmowej oraz policzków (twarde policzki), wzmożone napięcie na masie języka (trzon języka), wygórowany odruch kąsania, wygórowany odruch wymiotny, nieprawidłowe połykanie manifestujące się krztuszeniem. Dzieci z podwyższonym napięciem mięśniowym będą realizowały „ssanie" poprzez zaciskanie wałków dziąsłowych lub dociskanie sutka/smoczka do podniebienia. Podczas karmienia można zaobserwować zniecierpliwienie, płacz, wyginanie ciała. Zdarza się, że dzieci te preferują nakładki silikonowe na sutek lub karmienie butelką, gdyż łatwiej jest im realizować „ssanie". Czynnikiem silnie wpływającym na realizację odruchu jest również nadwrażliwość ustno-twarzowa. W tej sytuacji dziecko nie lubi być dotykane w okolicy twarzy, grymasi, reaguje płaczem oraz nie ak-

[6] J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna…*

[7] J. Czechońska, *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt*, Folium, Lublin 1995.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ceptuje dotyku w jamie ustnej, o czym świadczy wygórowany odruch wymiotny. Przygotowanie takiego maluszka do podjęcia ssania należy rozpocząć dystalnie, odwrażliwiając dłonie i stopy w kierunku proksymalnym oraz obszar ustno-twarzowy. Silne, rytmiczne ruchy ssania oraz połykania pokarmu powinny wynosić ok. 42.–84. taktów na minutę. Ma to duże znaczenie, gdyż w pierwszych 3.–4. miesiącach życia są one dominującą aktywnością życiową dziecka. Właściwy sposób przyjmowania posiłków pozwala dziecku na utrzymanie odpowiedniego poziomu napięcia mięśniowego, precyzji i dynamiki ruchów, tym samym przygotowując je do poprawnej wymowy. Nawyk ssania niemowlę rozwija skutecznie wtedy, kiedy jest ono prawidłowo skoordynowane z wciąganiem płynu, przełykaniem i oddychaniem. Podstawową więc kwestią na tym etapie rozwoju jest nauka prawidłowego przyjmowania pokarmów przez dziecko. Efekty osiąga się poprzez wspomaganie odruchów sfery orofacjalnej, usprawnianie mięśni twarzy i jamy ustnej, m.in. za pomocą masaży logopedycznych. Działania te mają na celu uzyskanie optymalnych możliwości, m.in. właściwego napinania mięśni niezbędnych w pionizacji języka, a także wytwarzania podciśnienia w jamie ustnej, opuszczania żuchwy, zwierania warg, sprawności podniebienia miękkiego. Logopeda głównie skupia się na instruktażu dla rodziców, prezentując ćwiczenia, które powinny być z dzieckiem wykonywane w domu. Wskazuje miejsca odnoszące się do bodźców, które uaktywniają w pierwszej fazie odruch ssania i połykania, a następnie żucia[8].

Kolejnym etapem w zakresie funkcji pokarmowych jest jedzenie z łyżeczki. Rozpoczynając karmienie łyżeczką, informujemy dziecko, że będzie jadło poprzez komunikat „am", lub/i dotknięcie górnej wargi. Płaska, łagodnie zakończona łyżeczka (nie elastyczna) powinna być napełniona do $^1/_3$ i ułożona na trzonie języka, tak aby dziecko miało szansę złączyć wargi i ściągnąć pokarm górną wargą. Bardzo ważne jest karmienie dziecka w odpowiedniej pozycji. W przypadku nieprawidłowego napięcia mięśniowego właściwe spozycjonowanie dziecka zwiększa jego szanse na prawidłowe i bezpieczne przyjmowanie pokarmu.

[8] S. Masgutowa, A. Regner, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wydaw. Continuo, Wrocław 2009.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Brak lub słaba kontrola ustawienia głowy, która uniemożliwia utrzymanie jej w osi ciała, uniemożliwiają przyjmowanie pokarmu. W zakresie karmienia łyżeczką przy obniżonym napięciu mięśniowym odwiedziona żuchwa, rozchylone usta i wysunięta do przodu masa języka znacznie utrudniają proces karmienia. W tym wypadku ważne jest, aby prawidłowo ułożyć łyżkę, docisnąć masę języka, cofając go w głąb jamy ustnej. W przypadku braku reakcji łączenia warg, łączymy wargi dziecka palcami i wyjmujemy łyżeczkę. Zwarte wargi utrzymujemy do momentu połknięcia pokarmu. W przypadku wzmożonego napięcia szczękościsk, brak reakcji otwierania ust na bodziec pokarmowy, silne „zagryzanie łyżki" występujące z powodu przetrwałego odruchu kąsania, łatwość zachłystywania się i występowania wygórowanego odruchu zwracania silnie blokują możliwość przyjęcia pokarmu z łyżeczki. Celem logopedy będzie zatem obniżenie napięcia w całym ciele, za czym idzie obniżenie go w obszarze ustno-twarzowym.

Techniki manualne

Jeżeli to nadwrażliwość jest przyczyną, która blokuje przyjmowanie pokarmu z łyżeczki, odwrażliwianie przebiega tak, jak opisane zostało to powyżej. Jeżeli udało się odwrażliwić wnętrze jamy ustnej, przechodzimy do stopniowego zagęszczania pokarmów, pilnujemy, aby w jedzeniu znajdowały się gródki. Takie postępowanie jest jednocześnie przygotowaniem, wstępem do nauki żucia. Odruch żucia pojawia się ok. 4.–7. m.ż. dziecka. W tym czasie zanika występujący od urodzenia odruch kąsania (zagryzania, chwytania szczekami). Rozpoczyna się ono z chwilą, kiedy dziecko umie już hamować odruch ssania. U niemowlęcia prawidłowo rozwijającego się ruchy ssania są stopniowo zastępowane przez ruchy żucia. Jeśli się tak nie dzieje, ssanie przechodzi w nawyk utrudniający naukę żucia, wywołuje patologię. Przedmiot ssania (smoczek, policzek, palec) uciskając żuchwę, hamuje jej rozwój, wypychając jednocześnie przed odcinek górnej szczęki i zmieniając jej ruch[9]. Żucie jest rozdrabnianiem pokarmów, mieszaniem ich ze śliną.

[9] A.Regner, *Poradnik terapii ustno-twarzowej*, Ergo-sum, Wrocław 2015.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Odbywa się ono w jamie ustnej, a wykonywane jest dzięki pracy narządu żucia, w skład którego wchodzą kości szczękowe, staw skroniowo-żuchwowy, zęby oraz odpowiednie mięśnie. Wstępem do nauki żucia jest zagęszczenie konsystencji podawanych pokarmów, następnie nauka rozdrabniania stałych, ale miękkich pokarmów. W tym celu wkłada się do ust dziecka, np. gotowane białko, banana i umieszcza na powierzchni żujących zębów trzonowych, a następnie prowadzi się ruch opuszczania i podnoszenia żuchwy przy zamkniętych wargach. Wykonywanie tych ruchów jest znacznie utrudnione zarówno w przypadku obniżonego, jak i wzmożonego napięcia. U dziecka z obniżonym napięciem dużo później pojawia się odruch żucia, dziecku trudno przywieść żuchwę, dlatego potrzebuje naszej pomocy. W przypadku wzmożonego napięcia odruch żucia jest blokowany przez przetrwały odruch kąsania, a prowadzenie ruchu podnoszenia i opuszcza żuchwy utrudnione przez wzmożone napięcie w stawie skroniowo-żuchwowym – blokowanie ruchu. Aby ułatwić dziecku przyjęcie pokarmu (uzyskać otwarcie jamy ustnej), należy je odpowiednio spozycjonować, a następnie wykonać trakcje na mostek. Gdy dziecko nauczy się tolerować większe ilości takich pokarmów, zachęcamy do gryzienia ciastek, chleba, parówki, a następnie pozwalamy odgryzać kawałki z całości. Należy dziecku pokazać, jak ma żuć, gryźć. W tym celu sami wykonujemy wolno nieco przesadne ruchy, aby dziecko mogło je obserwować. Wiele zaburzeń powstaje na skutek nieprawidłowego napięcia mięśniowego, które często jest konsekwencją zmian o charakterze neurologicznym. Prawidłowe jedzenie jest najdoskonalszym ćwiczeniem motoryki artykulatorów. Ćwiczyć należy, powinno się, a jeść i pić trzeba, co gwarantuje konieczność oraz znaczną częstotliwość ich wykonywania. Stąd duża troska logopedów o czynności związane z tym zagadnieniem.

Działania terapeutyczne wynikające z klinicznych aspektów zaburzeń komunikacji werbalnej

Dlaczego moje dziecko nie mówi? To pytanie często zadają sobie i logopedom zatroskani rodzice dzieci niemówiących, najczęściej w wieku przedszkolnym, kiedy to mowa werbalna powinna być już rozwinięta

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

na poziomie komunikatywnym dla otoczenia. Dodatkowo rodzice dostrzegają różnice w mowie swojego dziecka i rówieśników. Trzeba jednak pamiętać, że mowa jest aktem złożonym i zaburzenia jej werbalnej prezentacji mogą mieć różne podłoże.

Pochylając się nad zagadnieniem komunikacji werbalnej, przyjęto poniższe założenia teoretyczne. Zgodnie z etymologią słowa *werbalny*, które oznacza wyraz mówiony, czyli słowo, uznano *komunikację werbalną* jako słowne porozumiewanie się[10]. Irena Styczek tak samo definiuje pojęcie *mowy*[11], a za Noamem Chomskim można powiedzieć *realizacja* lub *wykonanie językowe*[12]. Wszystkie przytoczone pojęcia zgodnie obejmują czynności głosowego nadawania, jak i rozumienia nadawanej wypowiedzi. Należy również uwzględnić fakt, że elementami składowymi wypowiedzi werbalnej są nie tylko słowa, ale też reguły gramatyczne. Te same elementy występują równocześnie w *komunikacji niewerbalnej*. Tak samo bowiem używany jest system językowy, choć nieużywane są słowa. Znaczącą różnicą jest więc tutaj kanał wykorzystywany do porozumiewania się. W komunikacji werbalnej, zawierającej substancję foniczną, jest to kanał artykulacyjno-słuchowy. W komunikacji niewerbalnej może być to kanał graficzno-wzrokowy w porozumiewaniu się pismem, kanał sygnalizacyjno-wzrokowy w porozumiewaniu się, np. alfabetem Morse'a z wykorzystaniem błysków światła lub językiem migowym, sygnalizacyjno-słuchowy w porozumiewaniu się alfabetem Morse'a z wykorzystaniem sygnału dźwiękowego oraz sygnalizacyjno-czuciowy w porozumiewaniu się za pomocą, np. alfabetu Braille'a lub alfabetu palcowego[13].

Mimo że sposobów komunikowania się z wyłączeniem kanału dźwiękowego lub z jego wsparciem jest wiele, powstawały bowiem na przestrzeni wielu tysięcy lat, to dopiero w drugiej połowie XX w. dzięki rodzicom dzieci niemówiących zaczął formować się ruch społeczny, który zaowocował powstaniem Międzynarodowego Stowarzyszenia

---

[10] B. L. J. Kaczmarek, *Komunikacja niewerbalna czy niejęzykowa?*, [w:] *Opuscula Logopedica*, UMCS, Lublin 1993.

[11] I. Styczek, *Logopedia*, PWN, Warszawa 1981.

[12] I. Kurcz, *Język a psychologia*, WSiP, Warszawa 1992.

[13] B. L. J. Kaczmarek, *Komunikacja niewerbalna czy niejęzykowa?...*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wspomagającej i Alternatywnej Komunikacji ISAAC. W Polsce początki podobnego Stowarzyszenia „Mówić bez słów" datują się na 1999 r. Metody komunikacji niewerbalnej, w zależności od potrzeb użytkownika, mogą służyć jako element wspomagający porozumiewanie się słowne lub całkowicie zastępować mowę. Często wykorzystywane są do tego celu komputery z właściwym oprogramowaniem, pomoce terapeutyczne oparte na wysokiej technologii, a także telefony komórkowe nowej generacji. Do sposobów komunikacji alternatywnej należą: język migowy i system językowo-migowy, system komunikacji symbolicznej Bliss, alfabet Lorma, alfabet palcowy. Ten ostatni może służyć jako komunikacja wspomagana. Innymi sposobami wspomagania komunikacji dźwiękowej są: Picture Communication Symbols (PCS), program językowy MAKATON, gestykulacja wspomagająca, odczytywanie mowy z ust i system fonogestów.

Mowa jest złożonym procesem, mającym wiele poziomów organizacji. Do odpowiedniego jej przebiegu zaangażowane są różne struktury mózgowe, które zawiadują i scalają pracę układów biorących udział w czynnościach nadawania i odbierania mowy. Dlatego też dla właściwego przebiegu komunikowania się dźwiękowego ważny jest prawidłowy układ anatomiczny i funkcjonalny samego aparatu mowy, nerwów zaopatrujących bezpośrednio aparat mowy (nerwów IX, X XII), ośrodków mowy w korze mózgowej, dróg łączących ośrodki z jądrami wymienionych nerwów oraz innych struktur mózgowych wpływających modelująco na czynność mowy, np. układu pozapiramidowego i móżdżku[14]. Do tej grupy należy dołączyć prawidłową budowę i funkcjonowanie narządów zmysłów warunkujących słyszenie, rozumienie oraz autokontrolę słuchową.

Trudności w komunikowaniu się werbalnym mogą wynikać więc z zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu wyżej wymienionych struktur. Poniżej przedstawiono kliniczne czynniki tychże nieprawidłowości, które podzielono według okresu ich występowania. Wskazano przyczyny zaistniałe w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym.

---

[14] A. Prusiński, *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Czynniki zaistniałe w okresie prenatalnym:

– infekcje wewnątrzmaciczne wirusowe, bakteryjne, grzybicze lub pasożytnicze,
– niedotlenienie mózgu,
– niedokrwienie,
– przepukliny mózgowe i rdzeniowe,
– malformacje naczyniowe,
– mało- i wielowodzie
– konflikt serologiczny,
– choroby metaboliczne,
– choroby przewlekłe matki,
– zaburzenia genetyczne,
– predyspozycje genetyczne do wystąpienia chorób psychicznych,
– guzy mózgu,
– promieniowanie jonizujące,
– zespół pasm owodniowych,
– niedobory jakościowe i ilościowe substancji odżywczych dla płodu (niedożywienie, zubożenie w białko, kwas foliowy, witaminy A, B1, B2, C, E),
– nadmiar witaminy C, a szczególnie A i D,
– hipoglikemia matki,
– nieprawidłowa opieka w ciąży lub jej brak,
– leki, używki, substancje toksyczne,
– wiek matki,
– urazy fizyczne.

Czynniki zaistniałe w okresie perinatalnym:

– cesarskie cięcie, kleszcze, próżnociąg,
– przedłużający się poród,
– poród przedwczesny,
– poród po terminie,
– przedwczesne odpłynięcie wód płodowych, zakażenia macicy,
– niedotlenienie, zamartwica,
– krwawienia u noworodków przedwcześnie urodzonych,
– niedokrwienie,
– urazy okołoporodowe,
– przedłużająca się żółtaczka.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Czynniki zaistniałe w okresie postnatalnym:
- choroby wieku dziecięcego przebiegające z powikłaniami, zapalenie opon mózgowych, operacje,
- guzy,
- urazy czaszkowo-mózgowe, wypadki,
- padaczka,
- infekcje,
- zakażenia,
- zatrucia, leki,
- krwawienia wewnątrzczaszkowe,
- choroby naczyniowe,
- niedostateczny, niewłaściwy proces dojrzewania układu nerwowego,
- niedokrwienie,
- nerwice.

Działania wymienionych czynników powodują zaburzenia procesu rozwojowego dziecka, a w dalszej kolejności między innymi upośledzenie umysłowe, mózgowe porażenie dziecięce, wady wzroku i słuchu, rozszczep warg i podniebienia, choroby genetyczne, wodogłowie, encefalopatię, wady rozwojowe mózgu, rdzenia kręgowego, opon i czaszki. Wtórnie dochodzi do *niesamoistnego opóźnienia rozwoju mowy*, którego przebieg ma zmienny charakter i zależy od siły, zakresu, rodzaju czynnika patogennego. W końcowej fazie rozwojowej może nie dojść do osiągnięcia komunikacji werbalnej. Uwzględniając wewnątrzpochodny charakter zaburzeń, za Styczek można powiedzieć, że niesamoistny rozwój mowy może towarzyszyć:
- dysglosji – zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów artykulacyjnych,
- dysartrii (anartii) – upośledzenie czynności aparatu wykonawczego w wyniku uszkodzenia mięśni lub unerwiających je nerwów czaszkowych,
- dyslalii (alalii) – opóźnienie w przyswajaniu języka na skutek uszkodzenia mechanizmu mowy pochodzenia ośrodkowego lub obwodowego,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

- afazji – zaburzenia mowy powstające wskutek uszkodzenia ośrodków mowy w korze mózgu,
- zaburzeniom płynności mówienia (rytmu, tempa) – jąkanie, przyczyny nie są do końca poznane; wskazuje się na nieprawidłowe oddychanie, dziedziczenie predyspozycji, problemy emocjonalne,
- nerwicom mowy (mutyzm, afonia) – zaburzenia modulacji, siły i wysokości głosu u osób cierpiących na nerwicę,
- oligofazji – niedokształcenie mowy w przebiegu upośledzenia umysłowego,
- schizofazji – mowa osób z zaburzeniami w myśleniu w przebiegu chorób psychicznych[15].

Brak realizacji językowej lub opóźniony jej rozwój może również świadczyć o zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Dotychczas nie odkryto przyczyn odpowiedzialnych za rozwój tej choroby. Wskazuje się na pewną podatność genetyczną na zachorowanie, zaburzenia metaboliczne i wpływ środowiska zewnętrznego, począwszy od okresu prenatalnego.

W SOSW nr 1 w Bydgoszczy opieką logopedyczną objętych jest 146 uczniów, którzy korzystają z terapii w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka lub szkolnych zajęć logopedycznych. Brak komunikacji werbalnej występuje u 39 dzieci, co stanowi 27%. U większości dzieci występują uszkodzenia w strukturach ośrodkowego układu nerwowego jako konsekwencje przedwczesnych porodów, infekcji wewnątrzmacicznych, niedotlenień, wylewów śródczaszkowych w okresie prenatalnym i okołoporodowym. Towarzyszą im napady padaczkowe, uszkodzenia narządu wzroku, czasami narządu słuchu. U ośmiorga dzieci zdiagnozowano zaburzenia genetyczne, natomiast dwoje dzieci ma postawioną diagnozę autyzmu.

Jak wynika z analizy dokumentacji medycznej wszystkie osoby z brakiem komunikacji werbalnej w SOSW nr 1 w Bydgoszczy mają sprzężone zaburzenia, co stanowi dodatkowe wyzwanie dla terapeuty w opracowywaniu indywidualnego planu pracy. Poniżej opisano przy-

[15] B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

kład ucznia z brakiem komunikacji werbalnej oraz niektóre metody pracy wraz z pomocami logopedycznym.

Karol rozpoczął terapię w SOSW nr 1 w Bydgoszczy jako pięciolatek. Jest jedynakiem i wychowuje się w rodzinie pełnej, w atmosferze ciepła i miłości. Warunki materialne życia rodziny można określić jako dobre. Karol rzadko choruje, a ogólny stan zdrowia chłopca jest dobry. Chłopiec urodził się za pomocą cięcia cesarskiego ze względu na przedwczesne odklejanie się łożyska, uzyskał 6 punktów w skali Apgar. Wystąpiły zaburzenia oddychania, krwawienie około-dokomorowe I stopnia z cechami dysmorfii (gotyckie, małe podniebienie, cofnięta żuchwa) i opóźniony rozwój oraz brak odruchu ssania. W badaniu MRI głowy w 4. r.ż. chłopca stwierdzono niespecyficzne zmiany w zatoce klinowej, a w 7. r.ż. zaburzenia skrajnego widzenia.

W chwili rozpoczęcia zajęć w ośrodku Karol uczęszczał do przedszkola specjalistycznego, gdzie objęty był terapią logopedyczną i pedagogiczną ze względu na autyzm atypowy. W późniejszej opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej diagnoza ta została podtrzymana. Zajęcia w ośrodku rozpoczęły się w październiku 2014 r. w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i dotyczyły terapii logopedycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Czas trwania zajęć to półtorej godziny w tygodniu. Natomiast od września 2015 r. godzinne zajęcia logopedyczne odbywają się dwa razy w tygodniu w ramach szkolnej terapii. Stwierdzono niesamoistny opóźniony rozwój mowy wynikający z zaburzenia sprzężonego, tj. autyzmu i upośledzenia w stopniu lekkim. Chłopiec nie porozumiewał się werbalnie. W kontaktach z otoczeniem posługiwał się: wykrzyknieniami, wyrazami jednosylabowymi, sporadycznie dwusylabowymi, gestami naturalnymi takimi jak skinienie głowy, wskazywanie palcem. Wykorzystywał pojedyncze gesty mimiczne lub werbalne do sygnalizowania różnych intencji. Wyrażenia werbalne pojawiały się w sytuacjach o utartych schematach zachowania o silnym zabarwieniu emocjonalnym najczęściej w formie przeczenia. Oparte były na samogłoskach i spółgłoskach dwuwargowych i tylnojęzykowych. Z powodu licznych elizji i substytucji wypowiedzi były znacząco niezrozumiałe, dlatego też wsparcie komunikacji gestem stanowiło istotny element w porozumiewaniu się ucznia. Mimo że chłopiec dość

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

chętnie nawiązywał interakcję, prezentował zachowania wycofujące w sytuacji niezrozumienia przez współrozmówcę lub utraty zainteresowania wykonywaną aktywnością. Zaobserwowano u chłopca oddychanie torem nosowym, a reakcje słuchowe oceniono na prawidłowe, choć tempo ich realizacji było opóźnione. Stwierdzono zbyt cichą fonację oraz obniżoną sprawność i koordynację wzrokowo-ruchową narządów artykulacyjnych.

Opisany sposób porozumiewania się Karola przedstawiono i opisano na poniższym schemacie „Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących" autorstwa dr Magdaleny Grycman. Średnia ocen procesu porozumiewania się chłopca wypada na umiarkowanym poziomie skuteczności i wynosi 2,25[16].

- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się, dotyczące przekazu informacji*: Karol potrafi przekazać pojedyncze informacje, wykorzystując do tego ograniczoną liczbę gestów. Występuje najczęściej ten sam temat rozmowy.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące budowania wypowiedzi*: chłopiec rzadko samodzielnie przekazuje informacje. Jest zależny od sposobu zadawania pytań.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące funkcjonalnego współgrania z rozmówcą*: terapeuta prowadzi rozmowę, natomiast Karol potrzebuje pomocy w jej podtrzymaniu; obserwuje się zachowania wycofujące w sytuacji niezrozumienia.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące ogólnego nastawienia i motywacji do komunikacji*: chłopiec w większości sytuacji komunikuje się dość chętnie, wymaga jednak motywacji.

Wysoka skuteczność	5				
	4				X
Umiarkowana skuteczność	3				
	2	X		X	

[16] M. Grycman, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących*, Kraków 2009.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Niska skuteczność	1		X		
	0				
		Przekaz informacji	Budowanie wypowiedzi	Funkcjonalne współgranie z rozmówcą	Ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji

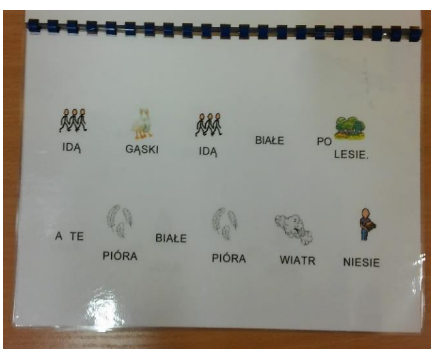
Terapia logopedyczna z Karolem przebiegała na różnych płaszczyznach. Przeprowadzano masaż obszarów ustno-twarzowych oraz jamy ustnej wg Elżbiety Stecko[17] w celu usprawniania pracy języka i warg. Natomiast ćwiczenia z zakresu logorytmiki pozwalały na zaangażowanie motoryki wielkiej, dawały też podwaliny do pracy nad percepcją słuchową (syntezą i analizą), dodatkowo sprawiały chłopcu dużą radość. Wykorzystywano też technikę aktywnego czytania i pisania, na potrzeby której przygotowywano pomoce o niskiej technologii, prezentowane w dalszej części. Dzięki tej technice można było wzmacniać naprzemienność w interakcji i w łatwy sposób stymulować kompetencję komunikacyjną chłopca, do czego przyczyniło się także przepracowanie strategii wyboru. Do komunikacji wykorzystywano naturalne gesty, wyrażenia werbalne, którymi posługiwał się Karol, włączono też program językowy „Makaton". Program ten wywodzi się z języka migowego dla niesłyszących i poprzez uproszczenia został dostosowany do komunikowania się z osobami niżej funkcjonującymi. W pracy z Karolem pierwotnie używano również indywidualnego paszportu komunikacyjnego, jednak po kilku miesiącach zrezygnowano z tej formy pracy ze względu na niewystarczającą akceptację ze strony rodziców, a także na wyraźne postępy w mowie. Stopniowo repertuar realizacji werbalnych był coraz szerszy. Znaczącym krokiem okazało się samodzielne inicjowanie kontaktu z terapeutą, kiedy to chłopiec ciesząc się z nowego ubrania, wskazywał na swoją koszulkę mówiąc „auto". Do terapii włączono także typowe ćwiczenia logopedyczne: oddechowe, wydłużanie fazy wydechu i fonacji. Trudnością dla Karola było tutaj utrzymanie koncentracji i wspólnego pola uwagi. Wykorzystano do tych ćwiczeń samogłoski, dzięki temu chłopiec uzyskał lepszą artyku-

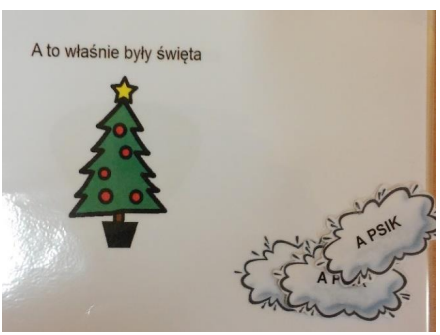
[17] E. Stecko, *Masaż logopedyczny*, Wydawnictwo ES, Legionowo 2013.

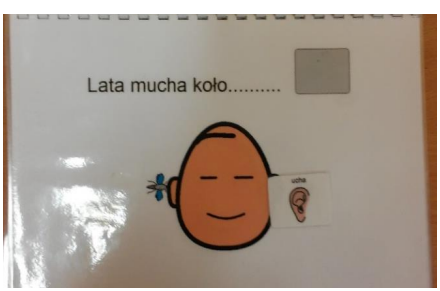
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

lację ćwiczonych wyrazów. W związku z nieharmonijnym przebiegiem rozwoju psychoruchowego dziecka, który towarzyszy zaburzeniom autystycznym, w terapii Karola niezbędne okazało się włączenie zajęć psychologicznych, pedagogicznych i integracji sensorycznej.

Jak już wcześniej wspomniano, w trakcie terapii logopedycznej chłopca wykorzystywano różne metody pracy, między innymi: elementy logorytmiki, Metodę Dobrego Startu, symultaniczno-sekwencyjną prof. Jagody Cieszyńskiej, elementy glottodydaktyki prof. Rocławskiego, program komputerowy boardmaker, inne programy multimedialne







Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

oraz własne pomysły terapeutyczne. Wszystkie metody dostosowywano do indywidualnych potrzeb, upodobań i możliwości Karola, wykorzystując zdjęcia, piktogramy i ilustracje PCS.

Powyżej przedstawiono niektóre pomoce terapeutyczne o niskiej technologii przygotowane dla Karola:

Pomoce terapeutyczne o wysokiej technologii:

Po półtorarocznej terapii logopedycznej Karol w komunikacji z otoczeniem wykorzystuje kanał werbalny, czasami wspierając komunikat gestem. Choć nadal wypowiedź bywa niezrozumiała, o zaburzonej prozodii i cichej fonacji to częstotliwość występowania mowy jest większa. Wypowiedzi są jedno- i dwuwyrazowe, składające się z wyrazów dwu- i trzysylabowych. Obarczone są substytucjami, zniekształceniami, elizjami głoskowymi i sylabowymi o charakterze niestałym i niekonsekwentnym. Ekspresja mowy jest obniżona w stosunku do wieku dziecka. Mimo że chłopiec ma wysoką motywację do komunikacji, to dialog podczas zadań terapeutycznych najczęściej opiera się na biernym słuchaniu osoby prowadzącej i udzielaniu krótkiej odpowiedzi na pytanie, zgodnie z tematem ćwiczeń. W dalszym ciągu obserwuje się zachowania wycofujące i oporowe w sytuacji niezrozumienia przez współrozmówcę lub brak zainteresowania zadaniem. Zachowania te objawiają się nadruchliwością, zerwaniem kontaktu wzrokowego. Karol podejmuje próby powtarzania za logopedą sylab i wyrazów, a także prostych ćwiczeń warg i języka. Występują jednak trudności z utrzymaniem śladu

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

pamięciowego, kinestezji artykulatorów głosek i sylab. Stwierdza się nadwrażliwość na dotyk okolic ustno-twarzowych, co utrudnia prowadzenie ćwiczeń biernych aparatu artykulacyjnego i usprawnianiu apexu. Karol prawidłowo rozumie mowę, potrafi wykonać proste zadania. Obserwuje się obniżony zasób słownika biernego i czynnego.

Poniżej znajduje się ponowny opis i schemat efektywności porozumiewania się autorstwa dr Magdaleny Grycman. Średnia ocen procesu porozumiewania się chłopca wypada na umiarkowanym poziomie skuteczności i wynosi 2.5.

- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące przekazu informacji*: obserwuje się zwiększenie elementarnych zachowań komunikacyjnych dotyczących prośby o przedmiot lub aktywność.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące budowania wypowiedzi*: Karol tworząc wypowiedź, wychodzi od znaczeń pojedynczych słów. Używa słów treściowych.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące funkcjonalnego współgrania z rozmówcą*: pojawiają się krótkie momenty współgrania z rozmówcą, najczęściej w sytuacjach o atrakcyjnej tematyce, np. seans filmowy w kinie; osobą aktywną i podtrzymującą konwersację nadal jest terapeuta.
- *Umiejętności w zakresie porozumiewania się dotyczące ogólnego nastawienia i motywacji do komunikacji*: Karol komunikuje się dość chętnie. Nastąpiło zintensyfikowanie komunikatów werbalnych.

Wysoka skuteczność	5				
	4				X
Umiarkowana skuteczność	3				
	2	X	X	X	
Niska skuteczność	1				
	0				
		Przekaz informacji	Budowanie wypowiedzi	Funkcjonalne współgranie z rozmówcą	Ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Komunikacja werbalna jest zjawiskiem wielopłaszyznowym, dlatego też w praktyce rzadko możemy spotkać się z czystą postacią zaburzeń, a najczęściej mamy do czynienia ze sprzężonymi dysfunkcjami. Nie bez znaczenia pozostaje również niedoskonałość metod diagnostycznych, trudności z różnicowaniem kolejnych zaburzeń, a także roli poszczególnych czynników wpływających na rozwój mowy. Współczesny rozwój nauki przynosi nam coraz to nowe informacje w tym zakresie, co pozwala na lepsze zapobiegnie przyczynom zaburzeń OUN, a także trafniejszą pomoc w sytuacji wystąpienia uszkodzenia.

Niemniej jednak faktem jest, że brak komunikacji werbalnej nastręcza osobie dotkniętej tą dolegliwością wiele kłopotów. Dodatkowo problemami tymi obarczone jest całe najbliższe otoczenie niemówiącego. Brak możliwości wyrażania swoich potrzeb, preferencji, a także sprawczości wobec własnej osoby uprzedmiatawia dziecko, sprawia, że staje się bezwolnną marionetką, co dla nikogo z nas nie byłoby komfortowe.

Można zatem pokusić się o stwierdzenie, że mowa, komunikacja jest jednym z najważniejszych elementów w rozwoju zmysłów człowieka. Pozwala bowiem na wyrażanie tego, co jest najistotniejsze w naszym bycie – stanowienie o sobie samym, nawet jeśli dotyczyć by to miało rzeczy pozornie nieważnych, takich jak wybór ubioru czy ulubionej potrawy. Tym bardziej słuszne wydaje się pochylanie się nad aspektami rozwoju mowy, jego zaburzeniach i poszukiwaniu rozwiązań pomagającym osobom niemówiącym.

Zaburzenia mowy u dziecka niewidomego i słabowidzącego – działania terapeutyczne

W życiu każdego człowieka zmysł wzroku odgrywa istotną rolę w procesie poznawania świata i otaczającej rzeczywistości. W przypadku dziecka niewidomego brak stymulacji wzrokowej od urodzenia niesie za sobą konsekwencje w postaci niemożności pełnego poznawania otaczającego świata – przedmiotów, osób czy samego interpretowania zjawisk. Stąd można wysnuć wniosek, że rozwój mowy dziecka niewidomego przebiega nieco inaczej niż w przypadku jego pełnosprawnych rówieśników.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Dla dziecka z uszkodzonym zmysłem wzroku otoczenie jest statyczne, a poznawanie świata ogranicza się do obserwacji obszaru w zasięgu ręki, za pomocą słuchu czy też węchu. Ucząc się nowych pojęć, u dzieci niewidomych rozwija się szczególny i specyficzny rodzaj wyobrażeń polegający na przyswojeniu informacji o świecie na podstawie skojarzeń i wyobrażeń związanych przede wszystkim z cechami charakterystycznymi danych przedmiotów, czy też elementami całości (np. zielona trawa, żółte słońce, dom z kominem, samochód z kołami itp.). Zjawisko to nosi nazwę „wyobrażeń surogatowych". Warto również wspomnieć o tym, iż pewne pojęcia, szczególnie te związane z abstrakcją, są dla dziecka nie w pełni zrozumiałe i poznane. Czynniki te przekładają się na proces kształtowania mowy i nabywania umiejętności komunikacyjnych[18].

Kolejną trudnością jest niewątpliwie niemożność obserwacji ruchów artykulacyjnych u osób z najbliższego otoczenia, co może spowodować pojawienie się problemów w zakresie kinestezji artykulacyjnej koniecznej dla artykulacji konkretnego dźwięku mowy. Ostatecznie prowadzi to do pojawienia się wad wymowy tożsamych u dzieci niemających problemów ze wzrokiem, do których głównie należą: dyslalia (w jej obszarze najczęściej seplenienie, rotacyzm oraz wymowa bezdźwięczna), zaburzenia leksykalnej i gramatycznej strony mowy. Zaburzenia wzroku nie zawsze są schorzeniem izolowanym, często współwystępują z innymi zaburzeniami. Najczęściej towarzyszą im: deficyty na bazie uszkodzeń neurologicznych, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia słuchu. W przypadku niepełnosprawności sprzężonej zaburzenia mowy mają zdecydowanie bardziej nasilony charakter, są trudniejsze do skorygowania i wymagają większego nakładu pracy terapeutycznej. Diagnoza i terapia dziecka niewidomego przebiega w tożsamy sposób do terapii dziecka niemającego ograniczeń wzrokowych. Diagnoza zawiera wywiad z rodzicem dziecka, a następnie badanie uwzględniające: funkcjonowanie odruchów w czynnościach pokarmowych, budowę narządów artykulacyjnych, sprawność moto-

[18] A. Tomaszewska, *Łódzki informator dla rodziców i opiekunów dzieci słabowidzących i niewidomych*, Łódź 2011.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ryczną poszczególnych artykulatorów, badanie słuchu (zarówno fizjologicznego, jak i mownego), funkcjonowanie aparatu oddechowego, badanie głosu, fonacji i prozodii mowy, artykulację poszczególnych fonemów, rozumienie mowy, sposób komunikacji z otoczeniem oraz leksykalną i gramatyczną stronę mowy. Uzupełnienie stanowi analiza dokumentacji psychologiczno-pedagogiczno-medycznej. Korekcję wad wymowy rozpoczyna się od ćwiczeń mających na celu przygotowanie do wywołania określonej głoski: oddechowych, fonacyjnych, słuchowych ze szczególnym uwzględnieniem słuchu fonematycznego oraz motoryki narządów mowy z położeniem nacisku na ćwiczenia kinestezji artykulacyjnej. Podczas etapu wywołania głoski należy wybrać najbardziej odpowiednią i optymalną dla możliwości dziecka metodę. „Metody wywoływania głosek to zespół środków i zabiegów zmierzających do wytworzenia w odpowiednim miejscu narządów mowy potrzebnej artykulacji, tak aby brzmienie danej głoski było zgodne z ogólnopolską normą ortofoniczną”[19]. Metody te można podzielić na :

- samoistne, a wśród nich: usprawniania narządów mowy, słuchową, wyjaśniania, wzrokową, czuciową, naturalną, słów kluczowych;
- przekształcania, a wśród nich: substytucyjną oraz stopniowego przybliżania;
- niesamoistne, a wśród nich: uczulania oraz mechaniczną.

W przypadku pracy z dzieckiem niewidomym niemożliwe jest wykorzystanie metody wzrokowej z uwagi na fakt, iż dziecko nie naśladuje dostarczonego przez logopedę bezpośredniego wzorca. W związku z tym duży nacisk kładzie się na wykorzystanie metody słuchowej, wyjaśniania, czuciowej, naturalnej, substytucyjnej, uczulania oraz mechanicznej.

- Metoda słuchowa – pozwala różnicować dźwięki mowy oraz wyczula dziecko na odróżnianie artykulacji prawidłowej od wadliwej. W swoich założeniach przewiduje wykorzystanie od-

[19] E. M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 118.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

powiedniej kolejności ćwiczeń: słuchu fizycznego, nauki identyfikowania głoski brzmiącej prawidłowo w izolacji, sylabach, wyrazach i zdaniach, nauki odróżniania artykulacji prawidłowej od dźwięku stosowanego dotychczas oraz porównywania przez dziecko dźwięku prawidłowego z tym, który samo tworzy.

– Metoda wyjaśniania – polega na przekazywaniu dziecku słownych instrukcji dotyczących ułożenia narządów mowy podczas artykulacji danej głoski. Są to proste wskazówki dotyczące tego, w jaki sposób ułożyć język, wargi, w jakim położeniu powinno znajdować się podniebienie miękkie. Najczęściej stosuje się ją w formie pomocniczej oraz w pracy z dziećmi starszymi w normie intelektualnej.
– Metoda czuciowa, zwana również metodą kontroli dotyku i czucia skórnego, jest stosowana w przypadku wywoływania tych głosek, których właściwości artykulacyjne mogą być odbierane za pomocą dotyku i czucia skórnego palców. Wykorzystuje się ją głównie do korekcji wymowy bezdźwięcznej oraz nosowania.
– Metoda naturalna – stosowana w połączeniu z metodą słuchową polega na naśladowaniu naturalnych szmerów prowadzących do osiągnięcia prawidłowej artykulacji. Dziecko bawiąc się, wykonuje dźwięki zbliżone do oczekiwanych, np. poprzez naśladowanie szczekania psa, warkotu motoru, bzyczenia muchy, szumu wiatru, cmokania, chuchania itp. Metoda ta ma zastosowanie szczególnie w pracy z małymi dziećmi.
– Metoda substytucyjna – wykorzystywana jest najczęściej i polega na uzyskiwaniu dźwięku pożądanego z innego dźwięku. Punktem wyjścia do jej stosowania jest wykorzystanie tzw. dźwięku pomocniczego – głoski realizowanej prawidłowo podobnej pod względem artykulacyjnym do głoski artykułowanej nieprawidłowo lub w ogóle się niepojawiającej. Odpowiednia modyfikacja dźwięku pomocniczego poprzez przedłużoną artykulację lub zmianę ułożenia narządów mowy prowadzi do osiągnięcia pożądanego brzmienia głoski.
– Metoda uczulania bądź też uwrażliwiania – zakłada umożliwienie wyszukania w jamie ustnej odpowiedniego miejsca ar-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

tykulacyjnego z wykorzystaniem np. instrumentarium logopedycznego.
– Metoda mechaniczna – wykorzystuje fizyczne ułożenie narządów artykulacyjnych do pożądanej pozycji, właściwej dla danej głoski[20].

Wybór odpowiedniej metody, zwłaszcza w pracy z dzieckiem niewidomym, nie jest łatwy. Najczęściej wykorzystuje się połączenie kilku sposobów oraz odpowiednie ich modyfikowanie. W przypadku dziecka z dodatkowymi niepełnosprawnościami dąży się do uzyskania optymalnej artykulacji. Jednakże trudno nie zgodzić się z A. Sołtys-Chmielowicz, która twierdzi, że „aby jak najszybciej uzyskać efekt, wykorzystujemy przy wywoływaniu głosek wszystkie dostępne zmysły".

Etap utrwalania wywołanej głoski, zmierzający do uzyskania trwałego zapamiętania ruchów artykulacyjnych charakterystycznych dla danej głoski, przebiega podobnie jak w przypadku dziecka widzącego. Dzieli się na utrwalanie głoski w: izolacji, sylabach, wyrazach, zestawach wyrazów, zdaniach, krótkich tekstach, mowie spontanicznej. Ważne jest również stosowanie się w pracy do określonych zasad: wczesnego wykrywania i rozpoczynania terapii, indywidualizacji, wykorzystania wszelkich możliwości ucznia, kompleksowego oddziaływania, aktywnego i świadomego udziału, współpracy z najbliższym otoczeniem, systematyczności, stopniowania trudności oraz utrwalania.

W pracy z dzieckiem niewidomym oraz słabo widzącym niezmiernie ważna jest zasada indywidualizacji, która dotyczy zarówno samego programu terapii, jak również indywidualnego prowadzenia zajęć czy doboru właściwych pomocy. Program powinien być opracowany dla konkretnego dziecka pod kątem jego zaburzenia, możliwości, pożądanych efektów czy też samego zaangażowania w proces terapeutyczny. Niezmiernie ważny jest dobór odpowiednich pomocy dydaktycznych na podstawie informacji dotyczących stanu funkcjonalnego widzenia dziecka. W przypadku dzieci słabo widzących trzeba zwrócić szczególną uwagę na możliwość wykorzystania resztek wzrokowych. W tym

[20] Ibidem, s. 120–128; A. Tomaszewska, *Łódzki informator dla rodziców i opiekunów dzieci słabowidzących i niewidomych*, Łódź 2011.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

celu należy skonsultować się z rehabilitantem widzenia, który przede wszystkim określi, w jaki sposób dziecko widzi, oraz ustali z logopedą dobór powiększonego druku, gabarytów materiałów ilustracyjnych, wykorzystania w pracy kontrastu lub specjalistycznych pomocy optycznych: lupy, powiększalników itp. Z kolei w przypadku dzieci niewidomych w pracy terapeutycznej warto wykorzystać przedmioty naturalne oraz ich atrapy, obrazki wypukłe, czy też materiał wyrazowy w formie ubrajlowionej. Podczas stymulacji słuchowej wykorzystywane są nagrania otaczającego świata, zabawki dźwiękowe, specjalistyczne programy wykorzystujące różne dźwięki. Dodatkowo materiał ćwiczeniowy jest zapisywany na dyktafonie, który stanowi wzorzec słuchowy i artykulacyjny dla ucznia do samodzielnego utrwalania w domu. Pozwala on również na ocenę poprawności artykulacyjnej, leksykalnej oraz gramatycznej. Bardzo pomocnym urządzeniem jest stymulator wzrokowo-słuchowo-czuciowy – autorski projekt mgr A. Siemianowskiej-Bloch wykorzystywany w codziennej pracy w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 1 dla Dzieci i Młodzieży Niewidomej i Słabo Widzącej w Bydgoszczy. Urządzenie to ma wbudowanych 6 otworów na przedmioty, zdjęcia, obrazki, materiał wyrazowy (w zależności od poziomu rozwoju ucznia), obok których jest zainstalowany sygnalizator świetlny. W momencie wyboru przez dziecko prawidłowej odpowiedzi poprzez naciśnięcie odpowiedniego „okienka" pojawia się dźwięk, zapala się światełko, a na dłoni czuć delikatną wibrację. W przypadku wybrania nieprawidłowej odpowiedzi zjawiska te nie pojawiają się. W zależności od potrzeb stymulator może być wykorzystywany również do stymulacji zmysłowej poprzez wykorzystanie zmysłów smaku (produkty spożywcze), węchu (różne zapachy), dotyku (materiały o różnej fakturze).

Z uwagi na fakt, że u dzieci obok zaburzeń wzrokowych często występują dodatkowe, wcześniej opisywane deficyty, stosowanie zasady wykorzystania wszelkich możliwości ucznia oraz kompleksowego oddziaływania jest dość oczywiste. W związku z tym należy pamiętać o tym, by prowadzić terapię logopedyczną w taki sposób, by angażować wszystkie dostępne zmysły, umiejętności dziecka, a niwelować ograniczenia i zachowania niepożądane.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Często zdarza się, że u dzieci występuje niska motywacja do ćwiczeń. Dlatego też tak ważna jest konieczność wypracowania u dziecka poczucia potrzeby ćwiczeń oraz aktywnego i świadomego w nich udziału. Aby to osiągnąć, należy prowadzić zajęcia w taki sposób, by pobudzać i rozwijać zainteresowania dzieci, podnosić poziom ich motywacji. Można to osiągnąć poprzez stosowanie wzmocnień pozytywnych w postaci pochwał i nagród, które dla dzieci niepełnosprawnych odgrywają niebagatelną rolę. Współpraca z najbliższym otoczeniem powinna głównie polegać na wymianie informacji dotyczących przebiegu terapii logopedycznej. Zaczyna się od momentu nawiązania kontaktu z rodzicem bądź opiekunem dziecka, przez omówienie programu i sposobu prowadzenia terapii, przekazywania efektów podejmowanych działań, przekazywania instruktażu do utrwalania ćwiczeń w domu, a kończy się na kierowaniu dziecka na specjalistyczne, dodatkowe badania. Taki rodzaj współpracy znacznie ułatwia realizację zasady utrwalania i systematyczności zakładającej konieczność powtarzania zdobytych umiejętności tak długo, aż doprowadzi się je do nawyku[21].

W trakcie stosowania ćwiczeń utrwalających prawidłową realizację poszczególnych głosek ćwiczenia artykulacyjne łączy się z ćwiczeniami poznawczymi, bogacącymi słownik pojęciowy dziecka. Dużą wagę przykłada się również do ćwiczeń mających na celu rozwijanie leksykalnej i gramatycznej strony mowy. Terapia logopedyczna dziecka słabo widzącego i niewidomego jest specyficzna, wymaga doboru odpowiednich metod i środków, ale zajmuje również znaczące miejsce w szeroko rozumianym procesie rewalidacji. Działania w zakresie terapii mowy znacznie wpływają na przygotowanie dziecka do aktywnego uczestnictwa w procesie samodzielnego funkcjonowania w życiu społecznym. Dlatego też warto pamiętać o tym, że działania profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutyczne u uczniów niewidomych i ze znacznymi zaburzeniami wzroku mają tak duże znaczenie.

[21] E. M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, s. 135–137.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Komunikacja osób z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu

Edukacja i rehabilitacja osób z różnorodnymi zaburzeniami – wyizolowanymi czy też współistniejącymi – to bardzo trudny i wymagający wiedzy, umiejętności i determinacji proces. Szczególnie trudnym wyzwaniem jest uzyskanie efektywności ww. działań w stosunku do osób z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, czyli głuchoniewidomych, którym najczęściej współtowarzyszą dodatkowe niepełnosprawności. Wśród globalnej populacji osób niepełnosprawnych statystyki ogólnoświatowe podają wskaźnik dwóch osób głuchoniewidomych na 10 000 mieszkańców. Stąd liczbę głuchoniewidomych w Polsce można szacować na około 6000 do 8000. Definicje opisujące, czym jest głuchoślepota i kogo można uznać za osobę głuchoniewidomą, przechodziły ewolucje od czysto medycznych, określających ściśle parametry medyczne (zazwyczaj osobne dla słuchu i osobno dla wzroku, nie oddając tym samym złożoności jednoczesnego uszkodzenia tych zmysłów), po funkcjonalne (określające sfery funkcjonowania, w których osoba z jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku napotyka największe trudności). Badacze problematyki z różnych krajów są zgodni, że przy definiowaniu głuchoniewidomości należy uwzględnić jednoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku, które w konsekwencji powoduje poważne problemy w:

- komunikowaniu się,
- dostępie do informacji, nauki, wiedzy,
- orientacji i samodzielnym poruszaniu się,
- wykonywaniu czynności życia codziennego,
- pracy zawodowej,
- udziale w życiu kulturalnym i społecznym.

Aktualna polska definicja, opracowana przez Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym zakłada, że „głuchoniewidome dziecko, to dziecko, które ma trudności w rozumieniu mowy ustnej bez użycia aparatu słuchowego, a uszkodzenie wzroku jest na tyle duże, że uniemożliwia mu lub znacznie utrudnia funkcjonowanie w codziennym życiu. Ograniczenia te zmniejszają możliwości dziecka w zakresie uczenia się, wykonywania czynności życia codziennego, samodzielnego poruszania się oraz porozumiewania z otoczeniem".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Populacja osób głuchoniewidomych jest bardzo zróżnicowana, stąd konieczność klasyfikacji według ustalonych kryteriów. Niektóre z nich to:

1) okres życia, w którym wystąpiła głuchoślepota,
2) stopień uszkodzenia zmysłu wzroku i słuchu.

Stosując pierwsze kryterium, zasadniczo można wyróżnić dwie grupy:

- osoby głuchoniewidome od urodzenia bądź straciły wzrok i słuch we wczesnym dzieciństwie (w tej grupie dominują dzieci),
- osoby głuchoniewidome z nabytą głuchoślepotą (głównie dorośli),

Stosując drugie kryterium wśród osób głuchoniewidomych, można wyróżnić:

- osoby całkowicie głuchoniewidome – z całkowitą głuchotą i całkowitą ślepotą,
- osoby głuchoniewidome – niesłyszące, słabo widzące,
- osoby głuchoniewidome – słabo słyszące, niewidome,
- osoby głuchoniewidome – słabo słyszące i słabo widzące.

Na zróżnicowanie populacji osób głuchoniewidomych, często wpływają współistniejące niepełnosprawności, tj.:

- upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim,
- niepełnosprawność motoryczna – zaburzenia manipulacji i lokomocji,
- epilepsja,
- schorzenia wewnętrzne, np. układu krążenia, tarczycy, cukrzyca.

Kolejne zróżnicowanie grupy osób głuchoniewidomych może wynikać z poziomu ich funkcjonowania, a zatem poziomu pomocy im ze strony otoczenia, stąd:

- osoby głuchoniewidome o niskim poziomie funkcjonowania i o niskim poziomie intelektualnym, które mają wiele zachowań stereotypowych, poważne trudności z koordynacją ruchową, słabą pamięć i niski poziom manipulacji. Mogą przejawiać impulsywne wybuchy złości, agresji. W tej grupie dominują dzieci głuchoniewidome od urodzenia. Są to osoby, które wymagają

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

stałej, intensywnej pomocy oraz realizacji programu edukacyjnego w specjalnych warunkach,
- osoby głuchoniewidome o przeciętnym poziomie funkcjonowania i przeciętnym poziomie intelektualnym. U tych osób z czasem zanikają zachowania stereotypowe, ale mogą powrócić, np. pod wpływem stresu. Stąd osoby te, również na stałe potrzebują pomocy ze strony otoczenia, pomimo częściowej niezależności,
- osoby głuchoniewidome o wysokim poziomie funkcjonowania i wysokim poziomie intelektualnym. Mają one dość dobrą koordynację ruchową, stąd mogą wyrażać się za pomocą gestów lub innych metod komunikacji, np. daktylografii lub pisma. W zasadzie osoby takie są raczej niezależne, część z nich może żyć samodzielnie, stosując nowoczesne środki techniczne służące komunikowaniu się.

Na funkcjonowanie osób głuchoniewidomych, a tym samym planowanie wobec nich działań i efektów rewalidacyjnych istotny wpływ ma etiologia głuchoślepoty. Często występującymi przyczynami uszkodzenia wzroku i słuchu są:
- czynniki dziedziczne (zespół Uchera, zespół Charge),
- zakażenia wirusowe (różyczka, cytomegalia),
- zakażenia pasożytami (toksoplazmoza),
- niedotlenienie wewnątrzmaciczne lub okołoporodowe,
- wcześniactwo.

Każda z wymienionych wyżej przyczyn może wpływać w różnym stopniu niekorzystnie na rozwój dziecka, a tym samym stać się przyczyną głuchoniewidomości. Dużo uwagi na temat występowania klinicznych czynników mogących powodować powyższe zaburzenia, z podziałem na okresy: prenatalny, perinatalny i postnatalny, poświęcono w części*: Działania terapeutyczne wynikające z klinicznych aspektów zaburzeń komunikacji werbalnej.* Edukacja i rehabilitacja osób z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu ma ponadwiekową tradycję. Literatura przedmiotu podaje, że początek dziś określanej surdotyflopedagogiki datuje się na 1937 rok. Wówczas to pierwsze dziecko z powodzeniem zostało objęte działaniami pedagogicznymi. Amerykanka Laura Bridgman utraciła wzrok i słuch w wieku 2 lat. Jej edu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

kacją zajął się Instytut Perkinsa w Bostonie, który z powodzeniem do dziś prowadzi specjalistyczne działania w celu optymalnego rozwoju osób głuchoniewidomych. Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć o głuchoniewidomej Helenie Keller, u której efektem działań edukacyjno-terapeutycznych było uzyskanie doktoratu z filozofii.

W Polsce pierwsze wzmianki na temat kształcenia osób głuchoniewidomych kojarzone są z relacją siostry Emanueli Jezierskiej, w Ośrodku dla Niewidomych w Laskach, a sięgają lat 50. ubiegłego stulecia. Do dziś edukuje się tam dzieci głuchoniewidome. Natomiast pierwszą placówką w Polsce, która usystematyzowała zasady, formy i metody kształcenia dzieci z równoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu w systemie szkolnym, był wcześniej już wspomniany Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im L. Braille'a w Bydgoszczy. W 1985 r. utworzono tu Oddział dla Dzieci i Młodzieży Głuchoniewidomej, który od ponad 30 lat z powodzeniem pełni tę funkcję. Obecna nazwa to Oddział dla Dzieci i Młodzieży Głuchoniewidomej i z Niepełnosprawnością Sprzężoną, co potwierdza wcześniejsze uwagi na temat współwystępowania dodatkowych zaburzeń.

Edukacja i rehabilitacja dziecka głuchoniewidomego polega na stworzeniu warunków do optymalnego rozwoju psychofizycznego i społecznego, która oparta i uzależniona jest od wyników dokładnej diagnozy funkcjonalnej. Efektem pracy wielospecjalistycznego, ściśle współpracującego ze sobą zespołu, którego częścią jest logopeda, powinno być stworzenie indywidualnego programu terapii. W celu osiągnięcia pełnego obrazu dziecka konieczna jest znajomość diagnoz: medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej, a także rehabilitanta wzroku. Diagnozowanie jest procesem ciągłym i poza narzędziami diagnostycznymi polega również na wnikliwej obserwacji.

Dziecko głuchoniewidome nie ma orientacji i/lub ma ją znacznie ograniczoną, w otaczającym go świecie. Nie zna, ponieważ nie ma, lub w niewielkim stopniu ma, możliwość obserwacji wzorców zachowań, z których mogłoby korzystać. Jeżeli nie wkroczy się w jego świat, pozostanie ono w stanie totalnego chaosu. Największe znaczenie ma dla niego to, co dzieje się w obrębie jego własnego ciała. W dalszym poznawaniu dziecku potrzebny jest ktoś, kto będzie dzielił się tym, co widzi

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

i słyszy, a tym samym odkrywał i rozwijał jego potencjał. W tym celu niezbędne jest:

- stwarzanie więzi emocjonalnej,
- bliski kontakt fizyczny,
- wspólne ruchy i sekwencje ruchów,
- pauzy w trakcie wykonywania czynności, ruchów,
- stosowanie techniki „ręce na rękach",
- mówienie naprzemienne,
- natychmiastowe reagowanie na wszelkie próby porozumiewania ze strony dziecka,
- stwarzanie sytuacji wyboru,
- strukturyzacja czasu – rutyna dnia, kalendarze dzienne, tygodniowe,
- strukturyzacja czynności – „krok po kroku",
- strukturyzacja otoczenia – stałość miejsc, sprzętów.

Jasno z tego wynika, że proces edukacji i rewalidacji dzieci i młodzieży głuchoniewidomej wymaga od nauczycieli i terapeutów integracji wiedzy i umiejętności z wielu dziedzin.

Po raz kolejny w tych rozważaniach przewija się informacja, że głównym elementem kształtującym rozwój każdego dziecka jest komunikacja, czyli proces przekazywania (wymiany) informacji między jej uczestnikami. Jest ona szczególnie utrudniona, na co wcześniej kilkukrotnie wskazywano w przypadku osób z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, czyli głuchoniewidomych. Podejście do form komunikowania się przechodziło różne metamorfozy. Nie ulegało jednak i nie ulega wątpliwości do dziś, że posługiwanie się mową werbalną jest szczytowym punktem kompetencji komunikacyjnych. Niezaprzeczalny jednak jest fakt, że dziecko komunikuje się z otoczeniem już w okresie prelingwalnym, stosując różne środki ekspresji. Mowa o tym w części poświęconej noworodkom i niemowlętom. Stąd zainteresowanie awerbalnymi formami komunikacji nie tylko w fazie prelingwalnej, ale również w okresie późniejszym, w którym mowa nie wykształciła się z powodu różnorodnych zaburzeń rozwojowych lub została utracona, np. w wyniku urazów, udarów (afazja). Sposoby, jakimi dziecko nadaje i odbiera informacje z otoczenia, składają się na jego system

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

komunikowania się. Obejmuje on więc różne metody komunikacji receptywnej, czyli sposoby odbierania informacji przez dziecko oraz metody komunikacji ekspresywnej, czyli sposoby przekazywania przez nie informacji.

Charity Rowland wyróżnia kilka podstawowych rodzajów sygnałów komunikacji receptywnej. Należą do nich:

- sygnały środowiskowe, wskazówki towarzyszące w naturalny sposób danej czynności, pomagające przewidzieć, co się stanie, np. przyniesienie butów oznacza spacer,
- sygnały przedmiotowe, podanie przedmiotu, który ma być wykorzystany podczas nadchodzącej czynności, np. podanie łyżki sygnalizuje jedzenie zupy,
- sygnały dotykowe, palpacja dziecka za każdym razem w określony sposób, w celu poinformowania o nadchodzącym wydarzeniu, np. dwukrotne dotknięcie głowy palcami daje sygnał wyjścia do toalety,
- sygnały gestowe wskazują na kogoś lub coś, przeczące lub twierdzące ruchy głową, mimika twarzy ułatwiają przewidzieć kolejne wydarzenie.

Konsekwentnie stosowane sygnały w komunikacji receptywnej mogą być podstawą do wykorzystania przez dziecko w komunikacji ekspresywnej. W literaturze poświęconej komunikacji z osobami, które nie posługują się mową werbalną, można znaleźć szeroki zakres metod porozumiewania się. Dobór ich zależy przede wszystkim od stopnia uszkodzenia poszczególnych zmysłów. Inne wykorzystuje się wobec osób z częściowo zachowanym widzeniem, a inne wobec jednostek pozbawionych wzroku całkowicie. Odmienne metody komunikacji stosuje się także w zależności od tego, czy głuchoślepota jest nabyta czy też wrodzona, na przykład:

- głusi od urodzenia, tracący wzrok później (najczęściej zespół Uchera) – porozumiewają się przeważnie językiem migowym,
- niewidomi od urodzenia, tracący później słuch – posługują się w większości mową werbalną i brajlem,
- widzący i słyszący, tracący później oba zmysły z reguły komunikują się werbalnie, później mową do ręki, aż do momentu opa-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nowania innych sposobów. Dla zobrazowania można przytoczyć przykład głuchoniewidomej absolwentki liceum ogólnokształcącego przy SOSW nr 1 w Bydgoszczy. W perfekcyjny sposób opanowała ona: alfabet, daktylografię, a także brajla do ręki. Ciekawostkę stanowi jej umiejętność rozumienia mowy metodą Tadoma, czyli odbierania mowy z ruchów, drgań krtani, warg, policzków. Pomimo całkowitej utraty słuchu zachowała umiejętność werbalizacji z bogatą stroną leksykalną mowy. Dziś prowadzi dom, porozumiewa się ze światem, korzystając ze współczesnych technologii informatycznych, ze specjalistycznym oprzyrządowaniem monitorem brajlowskim. Od kilku miesięcy korzysta również ze wszczepu ślimakowego, dostrzega wymierne korzyści z zaimplantowania

– głusi i niewidomi od urodzenia – porozumiewają się przede wszystkim mową do ręki.

Tadeusz Majewski, za Kinney, dzieli wszystkie metody porozumiewania się głuchoniewidomych na uniwersalne i specjalne.

– Metody uniwersalne – może posłużyć się nimi każdy znający pismo, bez specjalnego przygotowania, kontaktując się z osobą głuchoniewidomą, pod warunkiem że ona zna tę metodę. Do nich należą:
  – kreślenie na dłoni liter drukowanych,
  – posługiwanie się brajlowsko-czarnodrukową tabliczką,
  – alfabet punktowy do dłoni.
– Metody specjalne – wymagają przygotowania, by móc się nimi posługiwać w kontaktach z osobami głuchoniewidomymi. Dotyczy to zarówno odbiorcy, jak i nadawcy komunikatów. Wśród nich występują:
  – język migowy,
  – dotykowy odbiór alfabetu palcowego,
  – jednoręczny brajl do palców,
  – dwuręczny brajl do palców,
  – alfabet Lorma.

Podstawowa zasada dotycząca komunikowania się z dziećmi głuchoniewidomymi mówi, że bez względu na wybór metody wszystkie

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

zajmujące się nimi osoby powinny konsekwentnie stosować te same formy komunikacji niewerbalnej, z zawsze towarzyszącą mową werbalną, nawet jeśli dziecko zdiagnozowane jest jako niesłyszące. Istotne jest, aby przed wypracowaniem optymalnej metody porozumiewania się stosować komunikację totalną, którą M. Zaorska definiuje jako „łączenie wszelkich możliwych metod i sposobów przekazu informacji w procesie komunikacji z osobą doświadczającą trudności w płaszczyźnie porozumiewania się na tle istniejących ograniczeń rozwoju”[22]. Oczywiście w totalnej komunikacji wykorzystuje się zarówno mowę artykułowaną, jak i alternatywne oraz wspomagające metody komunikacji.

Najczęściej w komunikacji z dziećmi głuchoniewidomymi wykorzystywane są:

- kontakt wzrokowy,
- gesty naturalne,
- wskazywanie,
- język ciała, mimika, gesty,
- dźwięki,
- czytanie obrazków/ symboli,
- język migowy,
- mowa dźwiękowa.

Dziecko, które rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego, z reguły, choć nie zawsze, ma opracowany „domowy” system porozumiewania się.

Dzieci z zachowanymi resztkami wzroku komunikację głównie opierają na gestach naturalnych i wskazywaniu. Dzieci niewidome komunikują mową ciała. Zanim wytypowana zostanie dominująca metoda porozumiewania się, powinno być ono obserwowane pod kątem sygnałów niewerbalnych płynących z ciała, wskazujących na samopoczucie, potrzeby, odczucia i emocje.

Bardzo istotnym momentem w określaniu sposobu komunikacji jest tworzenie indywidualnego kalendarza.

---

[22] M. Zaorska, (red.), *Komunikacja alternatywna osób głuchoniewidomych*, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń 2008.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Kalendarz pudełkowy – służy planowaniu i organizowaniu dnia dziecka. Trójwymiarowe przedmioty układa się od lewej do prawej w pudełku z przegródkami, w kolejności czynności wykonywanych w ciągu dnia. Informuje on o nadchodzącej czynności, wydarzeniu, ułatwia trudne do zrozumienia następstwo czasu. Oczywiście musi on zmieniać się wraz z rozwojem dziecka, zarówno w treści, jak i formie – np. wprowadzając nowe czynności, zastępując symbole trójwymiarowe obrazkami wypukłymi itp. Oprócz stosowania kalendarza w pracy z dzieckiem powinno się używać uproszczonych znaków języka migowego. Dzieci głuchoniewidome z zachowanym szczątkowym widzeniem mogą odbierać znaki migowe wzrokowo. Forma ta jest niedostępna dla głuchoniewidomych z całkowitą utratą wzroku. Wówczas znaki języka migowego mogą być odbierane jedynie drogą dotykową. Istnieje wiele znaków złożonych, dla głuchoniewidomych niezrozumiałych, gdyż składają się z kilku ruchów. Stąd podejmuje się próbę modyfikacji i uproszczenia języka migowego dla potrzeb i możliwości dzieci głuchoniewidomych funkcjonujących na niskim poziomie. Najczęściej wybieranych jest około 100 znaków. Następnie upraszcza się je tak, by opierały się na naturalnych gestach. Wreszcie, by można je pokazywać całą ręką lub symetrycznie obiema rękoma i mogły być odbierane na całym ciele. Następnie znaki te opisuje się oraz prezentuje jako fotografie, a całość opracowuje się w formie słownika i udostępnia rodzicom, nauczycielom i wychowawcom, by ujednolicić komunikowanie się z dzieckiem głuchoniewidomym. Uproszczony słownik języka migowego został opracowany m.in. przez nauczycieli – wychowawców Ośrodka Braille'a, pracujących bezpośrednio z dziećmi i młodzieżą głuchoniewidomą.

W placówce, o której mowa, prowadzone są również systematyczne zajęcia logopedyczne. Celem terapii logopedycznej prowadzonej z dziećmi głuchoniewidomymi jest m.in. wielozmysłowe usprawnianie w celu podjęcia i rozwijania komunikacji audytywno-werbalnej oraz stymulacja odruchów żucia i połykania w czynnościach pokarmowych. Najogólniej rzecz ujmując, w ramach terapii z elementami surdologopedii i neurologopedii realizowane są m.in. następujące ćwiczenia:

– ćwiczenia bierne – stymulacja czuciowa całego ciała z wykorzystaniem różnych faktur; stymulacja czuciowa twarzy i jamy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ustnej – termiczna, smakowa, dotykowa; masaż logopedyczny zewnętrzny i wewnętrzny Stecko oraz elementy ustno-twarzowej regulacji Costillo-Moralesa, a także „Program aktywności – świadomość ciała kontakt i komunikacja" M. Ch. Knill. Zmysł dotyku w komunikacji dziecka głuchoniewidomego odgrywa priorytetową rolę, ponieważ zostanie na długo, a niekiedy na zawsze podstawowym kanałem informacyjnym;
- ćwiczenia wspomagające i czynne artykulatorów ze szczególnym uwzględnieniem warg, żuchwy oraz pionizacji, a także ruchów poziomych języka, ćwiczenia ruchów mimicznych twarzy;
- stymulacja odruchów połykania i żucia w czynnościach pokarmowych. Element będący ważną pozycję terapii logopedycznej, gdyż wielu wychowanków wykazuje bardzo duże zaburzenia w tym zakresie. Stąd nauka, doskonalenie umiejętności picia z kubka, jedzenia pokarmów półpłynnych z łyżeczki, odgryzania, żucia pokarmów stałych (opis szczegółowych czynności z tym związanych znaleźć można w części *Aspekt logopedyczny wczesnej diagnozy i możliwości wczesnej interwencji małego dziecka pod względem neurologopedycznym*);
- ćwiczenia oddechowe bierne i czynne – główne cele to: wzmacnianie oddechu, wyodrębnienie dwóch faz oddechowych, wydłużanie fazy wydechowej – wykorzystanie m.in. spirometrów logopedycznych, pozwala na monitorowanie i rejestrowanie postępów w tym zakresie;
- ćwiczenia fonacyjne – bierne, wspomagane, czynne, ich zadania to: odczuwanie drgań fałdów głosowych, wydobycie dźwięku, wydłużenie czasu fonacji, zwiększenie natężenia dźwięku. Większość ćwiczeń w ogóle, ale w szczególności fonacyjnych i słuchowych powinno być prowadzona pod kontrolą dotyku. Do dziecka z wadą wzroku i słuchu kierujemy komunikat: „słuchaj, patrz i dotknij". Bez zabaw fonacyjno-artykulacyjnych, bez słuchania i czucia fonacji, czyli bez asocjacji audytywno-motorycznej trudno nauczyć języka oralnego;
- ćwiczenia artykulacyjne w początkowej fazie prowadzone są na podstawie fonemów samogłoskowych jako wyrazów dźwięko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

naśladowczych i innych onomatopei oraz słów bliskich dziecku o prostej budowie fonetycznej. Zarówno ćwiczenia fonacyjne, jak i artykulacyjne znacząco opierają się na zeszytach *Słucham i uczę się mówić* Jagody Cieszyńskiej oraz na autorskich materiałach ćwiczeniowych – zestaw edukacyjny *Rozśpiewane głoski* cz. I i II, gdzie w formie tekstowej i wokalno-muzycznej zamieszczone są teksty o dużej frekwencji samogłosek. Zawierają one dość łatwy materiał artykulacyjny, nawet dla osoby z dużymi zaburzeniami w komunikacji werbalnej. W dalszej kolejności w tekstyach pojawiają się inne wyrazy dźwiękonaśladowcze stanowiące tak ważny pomost pomiędzy mową bierną a czynną, przechodząc do wyrazów o różnym stopniu trudności.

– ćwiczenia słuchu awerbalnego i mownego w głównej mierze opierają się na wykorzystaniu dźwięków naturalnych oraz aranżowaniu sytuacji dźwiękowych. Wśród dźwięków naturalnych najważniejsza jest mowa. Głos matki jest pierwszym, znakomitym stymulatorem rozwoju słuchu dziecka. Inne z ćwiczeń w tym zakresie to: wykrywanie obecności dźwięku, rozwijanie wrażliwości na dźwięki, lokalizacja, natężenie, dostrzegania różnic i podobieństw, dyskryminacja, a także identyfikacja dźwięku. Większość ćwiczeń słuchowych realizowanych zarówno za pomocą mowy, jak i innych dźwięków prowadzona jest pod kontrolą dotyku. Niezmiernie istotne w tym miejscu jest optymalne dla dziecka oprotezowanie słuchu. Najczęściej są to aparaty słuchowe na dwoje uszu, bywają systemy FM lub implanty ślimakowe. W Ośrodku Braille'a pierwszy implant ślimakowy pojawił się w 1996 r. Wszczepiono go dziewczynce z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu. Była ona jednocześnie pierwszą zaimplantowaną głuchoniewidomą pacjentką Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Poznaniu. W efekcie tych szerokich działań rewalidacyjnych, w tym surdologopedycznych oraz nowoczesnej medycyny i nauk z nią ściśle związanych głuchoniewidomą Magdalenę przygotowano do samodzielnego życia – założyła rodzinę, przez kilka lat pracowała (do momentu urodzenia dziecka) w charakterze pomocy w przedszkolu,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– ćwiczenia poznawcze rozwijające mowę bierną i czynną, w tym: rozpoznawanie i nazywanie osób, przedmiotów najbliższego otoczenia, części ciała, zabawki, pokarmy, zwierzęta, ubrania, środki transportu itp. oraz czynności i określenia z nimi związane. W ćwiczeniach tych niebagatelną rolę należy przypisać stymulatorom wzrokowo-słuchowo-czuciowym (jeden z nich zaprezentowany został w części poświęconej zaburzeniom mowy dziecka niewidomego i słabowidzącego. Urządzenia te pozwalają poprzez sygnalizację świetlną, dźwiękową, a także wibracje, łatwiej dostrzec prezentowany przedmiot, obrazek, napis; utrzymać i wydłużyć koncentrację uwagi. Pozwalają one także na natychmiastową samoocenę, gdyż w przypadku błędnej odpowiedzi nie zapali się światełko, nie włączy dźwięk, a pod palcami nie będzie odczuwalna wibracja,
– ćwiczenia komunikacji awerbalnej, gesty przeczenia i twierdzenia, mimika, gest naturalny, uproszczone znaki języka migowego, konstruowanie kalendarzy, tablic, książeczek komunikacyjnych – o czym mowa we wcześniejszych rozważaniach.

Komunikacja werbalna u osób głuchoniewidomych często jest nieosiągalnym celem, funkcjonuje jednak tak wiele form komunikacji alternatywnej, że można dla każdego znaleźć optymalną metodę porozumiewania się, dającą możliwość rozwoju i kontaktu ze światem.

AUTORSKIE MATERIAŁY ĆWICZENIOWE ZESTAWY EDUKACYJNE „ROZŚPIEWANE GŁOSKI" cz. 1 oraz cz. 2

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

STYMULATORY WZROKOWO-SŁUCHOWO-CZUCIOWE

Bibliografia:

Buchnat, M., Pawelczak, K. (red.). (2011). *Zaburzenia rozwojowe u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Capała, M., Kozłowski, G. (1988). *Rehabilitacja głuchoniewidomych. Rola i zadania personelu pracującego na rzecz w USA i krajach nordyckich*. Warszawa: PZN.

Cardinaux, V., Cardinaux, H., Lowe, A. (1993). *Przygarnij mnie. Wychowanie dzieci głuchoniewidomych*. Warszawa: PWN.

Christa Einspieler, Heinz F.R. Prechtl- materiały szkoleniowe

Cieszyńska, J., Marta, K. (2008). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

Cieszyńska, J. (2012). *Słucham i uczę się mówić – zestaw zeszytów ćwiczeń*. Kraków: Wydawnistwo Arson.

Cieszyńska, J. (2011). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska.* Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.

Czochońska, J. (1995). *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt*, Lublin: Folium.

Dobrzyńska, A. (1996). *Przyczyny i patomechanizm uszkodzenia układu nerwowego w okresie ciążowo-okołoporodowym*. Warszawa.

Dobrzyńska A., dziecisawazne.pl/calosciowe-zaburzenia-rozwoju-dziecka/ wylecz.to/pl/dziecko/choroby-i dolegliwosci/zaburzenia-oun-u-dzieci. html#: lek. Agnieszka Dobrzyńska.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Grycman, M. (2009). *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących*, Kraków: Wydawnictwo i Poligrafia Kurii Prowincjalnej Zakonu Pijarów.

Hellbrugge, T., Fritz, L., Menara, D., Schamberger, R., Rautenstrauch, T. (1994). *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia*. Kraków: Fundacja Promyk Słońca.

Jóźwiak, M. (2006). *Prognozowanie rozwoju funkcjonalnego u dzieci z uszkodzeniem tak zwanego „górnego neuronu ruchowego"*. [w:] M. Król, Kryszczyńska J., Taczała J., *Co? Jak? Kiedy? I dlaczego? Możliwości diagnostyki i terapii dzieci z wczesnym uszkodzeniem mózgu w wieku od 0 do 6 roku życia i wsparcia ich rodzin*. Zamość.

Kaczan, T, Śmigiel, R. (red.). (2012). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Kaczmarek, B. L. J. (1993). Komunikacja niewerbalna czy niejęzykowa?. [w:] *Opuscula Logopedica*. Lublin: UMCS.

Klugiewicz, K., Radomska, H. (2005). *Dzieci głuchoniewidome*. [w:] G. Walczak (red.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa: MENiS.

Kowalik, St., Bańka, A. (1998). *Perspektywy rehabilitacji osób głuchoniewidomych*. Poznań: SPiA.

Król, M. (2010). *Mózgowe Porażenie Dziecięce*. Gdańsk: Harmonia.

Książek, M. (2003). *Dziecko głuchoniewidome od urodzenia*. Warszawa: TPG.

Kułakowska, Z. (2003). *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin: Folium.

Kurcz, I. (1992). *Język a psychologia*. Warszawa: WSiP.

Loebl, W. (2008). *Szkic rozwoju wspomagającej i alternatywnej komunikacji w Polsce*. [w:] J. Błeszyński (red.). *Alternatywnej i wspomagające metody komunikacji*, Kraków: „Impuls".

Majewski ,T. (1995). *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych*. Lublin: PWZN.

Majewski, T. (1998). *Charakterystyka osób głuchoniewidomych i ich podstawowe problemy*. [w:] St. Kowalik, A. Bańka, *Perspektywy rehabilitacji osób głuchoniewidomych.* Poznań: SPiA.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Majewski, T. (1985). *Psychologia niewidomych i niedowidzących.* Warszawa: PWN.

Masgutowa, S., Regner, A. (2009). *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław: Wydaw. Continuo.

Masgutowa, S., Masgutow, D. (2005). *Integracja odruchów twarzy metodą Swietłany Masgutowej. Techniki pracy wspierające rozwój motoryki i mowy*. Warszawa.

drn.med. Mazurak M, dr n.med. Czyżewska M., dr n. med Paluszyńska D., Neonatologia. Atlas / Warszawa 2012

Minczakiewicz, E. M. (1996). *Mowa-Rozwój-Zaburzenia-Terapia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.

Paluch, A., Drewniak-Wołosz, E., Mikosza, L. (2005). *Afa-skala*. Kraków: Impuls.

Pilecki, J., Kozłowski, M. (red.). (1999). *Rehabilitacja oraz edukacja dzieci i młodzieży z dysfunkcjami narządu wzroku.* Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

Prusiński, A. (1998). *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rowland, Ch., Schweigert, P. (1994). *Tangible symbol system. Symbolic Communication for Individuals with Multisensory Impairments*. Oregon: Oregon Research Institute.

Sawa, B. (1990). *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.

Siemianowska-Bloch, A, Gackowska, L. (2003 i 2010). *Rozśpiewane głoski cz.1, cz. 2*. Warszawa: SOSW nr 1 w Bydgoszczy.

Skorek, E. M. (2011). *Oblicza wad wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo akademickie Żak.

Stecko, E. (2013). *Masaż logopedyczny*. Legionowo: Wydawnictwo ES.

Styczek, I. (1981). *Logopedia*. Warszawa: PWN.

Szczapa, J. (2008). *Podstawy neonatologii.* Warszawa: PZWL.

Szczepankowski, B. (2012). *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. [w:] A. Obrębowski (red.). *Wprowadzenie do neurologopedii*. Poznań: Wyd. Medyczne Termedia.

Szela-Kędzia, J. (1998). *Terapia logopedyczna dziecka niewidomego i słabowidzącego*. Kraków: Krakowska Szkoła Niewidomych.

Tarkowski, Z., Góral-Półrola, J. (2012). *Komunikacja słowna z udziałem osoby*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

upośledzonej umysłowo. A. Obrębowski (red.). Poznań: Wyd. Medyczne Termedia.

Tomaszewska, A. (2011). *Łódzki informator dla rodziców i opiekunów dzieci słabowidzących i niewidomych*. Łódź.

Tyczyńska M., www.forumneurologiczne.pl/artykul/zaburzenia-neurologiczne-u-malych dzieci/12771/2.html: Tyczyńska Maria

Witak-Światłowicz, L. (2014). *Wczesne komunikowanie się dziecka. Narodziny miłości*. [w:] B. Winczury, B. Cytrynowskiej (red.). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka.* Kraków: Impuls.

Zaorska, M. (2002). *Głuchoniewidomi w Polsce. Specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja*. Olsztyn: Wyd. UMW.

Zaorska, M., (red.). (2008). *Komunikacja alternatywna osób głuchoniewidomych*. Toruń: Wyd. Edukacyjne Akapit.

Zaorska, M. (2002). *Epidemiologia głuchoślepoty w Polsce. Grupa wiekowa 14–18 lat. Raport z badań*. Olsztyn: Wyd. UWM.

Zaorska, M. (2010). *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych w Polsce i Rosji (rozwój i stan obecny)*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Zajączkowska-Sadlok, A. (2014). *Zaburzenia rozwojowe i dysfunkcje okresu prenatalnego i noworodkowego*. [w:] *Wczesne wspomaganie rozwoju – szansą dziecka*. *Materiały konferencyjne*. Bydgoszcz.

www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/choroby-mozgu-rodzaje--chorob-mozgu_37484.html.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Joanna Banaszak
Przedszkole Miejskie nr 1 i nr 17 w Toruniu

Program Wczesnej Profilaktyki Mowy – inwestycja na przyszłość

Early Prophylaxis Program – an investment for the future

Streszczenie. Artykuł poświęcony jest zagadnieniom rozwoju mowy i komunikacji u małych dzieci. Autorka prezentuje model wczesnej profilaktyki logopedycznej, opracowany na własnych doświadczeniach zdobytych w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym.

Słowa klucze: mowa, komunikacja, wczesna profilaktyka logopedyczna współpraca z rodzicami.

Summary. This article is devoted to issues of speech and communication development in young children. The author presents a model of early logopedic prophylaxis, developed on the basis of their own experience gained in working with children in preschool age.

Keywords: speech, communication, early prevention, speech therapy, cooperation with parents.

Wprowadzenie

Umiejętność poprawnego mówienia jest bardzo ważna. Odgrywa ona znaczącą rolę w życiu człowieka, w rozwoju jego osobowości, w kontaktach społecznych. Mowa jest czynnością, której musimy się nauczyć. Jej rozwój należy stymulować od pierwszych lat życia. Po urodzeniu żaden z organów i układów biorących udział w czynności mówienia

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nie jest jeszcze gotowy do pracy[1]. Rozwój mowy trwa kilka lat i w jego przebiegu wyróżniamy kilka okresów. Od 3. do 7. roku życia trwa etap rozwoju mowy, czyli doskonalenia jej pod każdym względem (fonetycznym, leksykalnym, gramatycznym itd.). Natomiast rozwój sprawności komunikacyjnej, uwarunkowanej rozwojem wszystkich sprawności językowych, zarówno systemowej, jak i społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej trwa znacznie dłużej[2]. Od najwcześniejszych lat mowa odgrywa znaczącą rolę dla człowieka. Mowa dziecka wpływa na jego psychiczne i społeczne funkcjonowanie w grupie dziecięcej, na gotowość i dojrzałość szkolną, na sukcesy w nauce czytania i pisania. Jakość mówienia dziecka wpływa na jego samoocenę, sposób wyrażania własnych uczuć oraz odbierania ich ze strony innych[3]. W wielu przypadkach w celu wspomagania prawidłowego rozwoju mowy i korekty jej zaburzeń wskazana jest, a nawet konieczna interwencja logopedy. Zadaniem logopedii stosowanej jest rozwijanie kompetencji językowej i komunikacyjnej i sprawności realizacyjnych w tym zakresie oraz zapobieganie nieprawidłowościom przebiegu tego procesu, likwidacja zakłóceń i zaburzeń komunikacji językowej oraz przeciwdziałanie ich psychicznym i społecznym skutkom. Zadania te wykonuje poprzez realizację programów profilaktycznych oraz programów terapeutycznych dostosowanych do rodzaju zaburzeń komunikacji językowej[4].

Profilaktyka logopedyczna

W ujęciu definicji profilaktyka logopedyczna to kształtowanie prawidłowej mowy u dzieci od najwcześniejszego okresu życia, dbanie o wła-

---

[1] Z. Dołęga, *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2003.

[2] G. Jastrzębowska, *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Uniwersytet Opolski, Opole 1999.

[3] B. Dittfeld, *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego)*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.

[4] G. Jastrzębowska, *Przedmiot, zakres zainteresowań …*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ściwą stymulację w początkach rozwoju mowy, tak by nie dopuścić do jakichkolwiek zaburzeń w jej rozwoju[5].

Współczesna profilaktyka logopedyczna jest działaniem kompleksowym, realizowanym systemowo we współpracy z całym środowiskiem klienta logopedy. To zespół działań prewencyjnych, które obejmują całą populację, dostępnych dla każdego człowieka, w każdym momencie jego życia – od chwili narodzin do późnej starości[6].

Logopeda i jego działania profilaktyczne w edukacji przedszkolnej

Pomoc logopedyczna może być realizowana już od poczęcia. Najczęściej jednak praca logopedy związana jest z etapem edukacji przedszkolnej. Zagwarantowanie dzieciom w wieku przedszkolnym warunków do wszechstronnego, harmonijnego rozwoju mowy i sprawności językowej jest najlepszą inwestycją na przyszłość. Obok działań promujących i stymulujących nabywanie mowy na tym etapie konieczne jest zapewnienie skutecznej profilaktyki logopedycznej – oddziaływań o charakterze prewencyjnym, zapobiegającym występowaniu zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka, w tym rozwoju mowy[7].

Do logopedycznych działań profilaktycznych w odniesieniu do dziecka w wieku przedszkolnym należy zaliczyć:

- stymulowanie rozwoju mowy i języka wszystkich dzieci poprzez organizowanie ćwiczeń ortofonicznych;
- prowadzenie przesiewowych badań mowy, a w ich toku wyłanianie dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy w celu otoczenia ich specjalistyczną opieką logopedyczną i ewentualne skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne;

---

[5] E. M. Skorek, *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.

[6] K. Węsierska, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.

[7] K. Węsierska, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka-diagnoza-terapia,* Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit", Toruń 2013.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

- promowanie zagadnień z zakresu rozwoju mowy i stymulacji językowej dziecka – pedagogizacja rodziców i nauczycieli przedszkoli w zakresie stymulacji rozwoju językowego i edukacji zdrowotnej;
- udzielanie wsparcia osobom ze zdiagnozowanymi zaburzeniami mowy i ich rodzinom, przeciwdziałanie negatywnym skutkom, które może przynosić zmaganie się z przezwyciężeniem utrudnień w komunikacji i edukacji zdrowotnej;
- popularyzację wiedzy logopedycznej wśród przedstawicieli innych grup zawodowych zainteresowanych rozwojem dziecka, przede wszystkim wśród nauczycieli, ale pośrednio wśród lekarzy, pielęgniarek;
- działania o charakterze promocji zdrowia – obserwacja dziecka pod kątem rozwoju psychoruchowego i biologicznego, kierowanie na konsultacje specjalistyczne, podejmowanie zadań z zakresu edukacji prozdrowotnej[8].

Tematyka profilaktyki w logopedii jest bardzo ważna społecznie ze względu na duże korzyści płynące z jej systematycznego i świadomego stosowania, ale i poważne skutki uboczne wynikające z jej zaniechania:

- słabe zainteresowanie części rodziców problemem rozwoju mowy swoich dzieci,
- pobieżna diagnoza rozwoju mowy u dzieci najmłodszych,
- brak wsparcia dla dzieci, ich rodziców i nauczycieli, w tym logopedów, szczególnie tych pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi,
- zmniejszone możliwości zapobiegania bardziej rozległym wadom i zaburzeniom,
- zaburzona komunikacja z rówieśnikami i dorosłymi dzieci z problemami językowymi,
- zaburzenia emocjonalne przejawiające się w negatywnych zachowaniach dzieci i młodzieży,

[8] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– pogłębiające się trudności w nauce czytania i pisania, w tym wszelkie odmiany dysleksji,
– zaburzenia motywacji do pracy na własną mową i ogólnej motywacji do nauki szkolnej,
– trudności w satysfakcjonującym funkcjonowaniu w życiu społecznym i zawodowym wielu dorosłych już osób[9].

Współpraca z rodzicami

Logopeda powinien mieć świadomość, że rodzice są najważniejszymi dorosłymi osobami w życiu małego dziecka. Ich sposób mówienia będzie wpływać na cały proces rozwoju mowy dziecka, dlatego powinni świadomie organizować sytuacje służące inicjacjom słownym[10]. Aby osiągnąć pożądane efekty, ważna jest współpraca z rodzicami i ujednolicenie oddziaływań na dziecko w zakresie wspierania jego rozwoju mowy. Skuteczna profilaktyka logopedyczna ma wzbudzić w rodzicach odpowiedzialność za stan mowy i wymowy własnej oraz dziecka, a z czasem powinna doprowadzić do przejęcia tej odpowiedzialności przez dziecko oraz eliminować fałszywe przekonania rodziców związane z rozwojem mowy dziecka[11]. Nie zawsze współdziałanie z rodzicami jest niestety możliwe, ale należy podjąć wszelkie starania, by włączyć dom rodzinny w działania profilaktyczne. Bywa i tak, że rodzice nie mają korzystnego wpływu na rozwój dziecka. Słuchanie i rozumienie mowy jest istotnym warunkiem jej rozwoju. Dlatego poprawność środowiskowego wzorca językowego uważa się za znaczący czynnik rozwoju mowy. Badania empiryczne potwierdzają, że pewne niedobory u dzieci w zakresie umiejętności językowych są spowodowane niedbałą lub wadliwą mową dorosłych z otoczenia dziecka. Środowiskiem

[9] B. Dittfeld, *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego)*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.

[10] Ibidem.

[11] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

pozarodzinnym, które może dostarczyć właściwych wzorców językowych, jest przedszkole[12].

Nauczyciel partnerem logopedy

Ważnym ogniwem wszechstronnej profilaktyki logopedycznej jest nauczyciel. Z kolei czynnikiem determinującym skuteczność oddziaływań profilaktycznych jest zintegrowana współpraca środowiska logopedów i nauczycieli z rodzicami[13]. Logopeda powinien doceniać rolę nauczyciela w procesie kształtowania mowy. We wczesnym systemie profilaktyki logopedycznej konieczne staje się wykorzystanie potencjału, jakim dysponuje nauczyciel edukacji przedszkolnej, mający możliwość oddziaływania na dziecko, obserwowania jego postępów i aktywizowania środowiska rodzinnego[14]. Inicjowanie dobrych kontaktów i poszerzanie współpracy z nauczycielami powinno stanowić ważne zadanie dla każdego logopedy pracującego w przedszkolu. Uświadomienie nauczycielom edukacji przedszkolnej znaczenia ich działań i roli w systemie profilaktyki logopedycznej i promocji rozwoju mowy to doskonała inwestycja w pomyślny start dziecka w szkole[15].

W ramach profilaktyki dobrze, gdy logopeda prezentuje ćwiczenia, zabawy, które może potem realizować osoba, która ma częsty kontakt z dzieckiem. Najważniejsze jest wsparcie, które polega na pokazaniu nauczycielom, pedagogom oraz wszystkim osobom mającym kontakt z dziećmi, w jaki sposób owe zabiegi może prowadzić ktoś, kto nie jest logopedą. To rodzaj współpracy oparty na zaufaniu. Działania profilaktyczne można i należy uczynić na tyle przystępnymi, aby sprawdzały się jako narzędzia dostępne szerszemu, niż tylko logopedyczne, środowisku[16].

---

[12] Z. Dołęga, *Promowanie rozwoju mowy…*

[13] K. Węsierska, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] eadem (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.

[14] K. Węsierska, *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela*, „Wychowanie na co dzień" 2007, 6(165), s. 8–11.

[15] Ibidem.

[16] N. Moćko, A. Sroka, M. Szlachta, *Wstępna identyfikacja zaburzeń mowy – przesiewy logopedyczne w praktyce nauczyciela,* [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Współpraca z nauczycielami nie powinna przybierać jedynie charakteru specjalistycznego ukierunkowania i nadzoru. Działania te powinny polegać na:

- budowaniu klimatu zaufania i otwartości na wzajemne pytania;
- wzajemnym przekazywaniu informacji o postępach kilka razy w roku;
- podkreślaniu roli wyników pogłębionej diagnozy pedagogicznej, dokonywanej przez nauczyciela z uwzględnieniem zakresu rozwoju mowy dziecka, będącej istotnym elementem profilaktyki logopedycznej;
- włączaniu się logopedy w proces wychowania dziecka w przedszkolu i przestrzeganiu umów z dziećmi przyjętych przez placówkę;
- wspólnym stwarzaniu atmosfery sprzyjającej rozwojowi zainteresowań i pasji dziecięcych[17].

Istotnym warunkiem prawidłowo przebiegającej współpracy logopedy i nauczyciela jest właściwa komunikacja. Harmonijną komunikację ułatwia przestrzeganie zasad:

- wzajemnego szacunku,
- dwustronnego przepływu informacji,
- otwartości,
- unikania specjalistycznego żargonu[18].

Ćwiczenia stymulujące rozwój mowy

Podkreślając konieczność wczesnego rozpoczynania ćwiczeń w celu zapobiegania opóźnieniom rozwoju mowy lub ich wyrównywania, nie wykluczamy oczywiście zasadności prowadzenia tych ćwiczeń także w wieku późniejszym. Należy wyraźnie powiedzieć, że ćwiczenie sty-

---

logopedyczna w praktyce edukacyjne, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.

[17] B. Dittfeld, *Spróbujmy mówić razem*.

[18] E. Gacka, *Współpraca logopedy i nauczyciela w opiece nad dzieckiem z opóźnieniem rozwoju mowy*, [w:] K. Węsierska, N. Moćko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

mulujące rozwój mowy i sprawność aparatu artykulacyjnego należy prowadzić niezależnie do wieku i poziomu psychoruchowego dziecka[19]. Nie ma bowiem dziecka, o którym moglibyśmy powiedzieć, że już nie warto podejmować trudu jego usprawniania.

Jak w ćwiczeniach wielu funkcji, tak też w ćwiczeniach mowy lepsze rezultaty osiągamy wówczas, gdy celem ćwiczeń jest wytworzenie nowych układów i sprawności, a nie zmiana i korygowanie utrwalonych układów patologicznych[20].

Ćwiczenia ortofoniczne, które wspomagają terapię logopedyczną oraz stymulują wszechstronny rozwój językowy w wieku przedszkolnym, to:

- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia fonacyjne (głosowe),
- ćwiczenia logorytmiczne,
- ćwiczenia kształcące słuch fonematyczny,
- ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mownych,
- ćwiczenia artykulacyjne,
- ćwiczenia metalingwistyczne[21].

Profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa

W medycynie definiowane są trzy poziomy profilaktyki:

- profilaktyka pierwotna,
- profilaktyka wtórna,
- profilaktyka trzeciorzędowa.

Celem profilaktyki pierwszorzędowej w ujęciu logopedycznym jest zapobieganie przyszłym zaburzeniom mowy na etapie życia płodowego. Profilaktyka pierwszorzędowa to również wszelkie oddziaływania promujące rozwój mowy, odnoszące się do całej populacji dzieci i ich środowiska opiekuńczo-wychowawczego (uświadamianie opiekunów

[19] J. T. Kania, *Szkice logopedyczne*, WSiP, Warszawa 1982.

[20] E. Stecko, *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1996.

[21] K. Węsierska, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka-diagnoza – terapia*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit", Toruń 2013.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

na temat prawidłowego przebiegu rozwoju mowy, objawów zaburzeń). W takim szerokim logopedycznym ujęciu profilaktyka drugorzędowa natomiast to przede wszystkim wczesna identyfikacja – przesiewy logopedyczne, które umożliwiają wyodrębnienie dzieci z tzw. grupy ryzyka zaburzeń mowy i wczesna interwencja logopedyczna. Profilaktyka trzeciorzędowa to działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób, u których problem zaburzeń komunikacji już wystąpił[22].

Profilaktyka logopedyczna w warunkach przedszkola nie może koncentrować się tylko na zapobieganiu zaburzeniom mowy, selekcji dzieci z tzw. grupy ryzyka w celu otoczenia ich specjalistyczną opieką. Powinna obejmować również wczesną intensywną stymulację sprawności językowej dzieci o harmonijnym rozwoju[23].

Program Wczesnej Profilaktyki Mowy

W przedszkolu profilaktyka logopedyczna powinna obejmować zarówno działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej, jak i drugo- i trzeciorzędowej. Takie właśnie działania zawiera stworzony przeze mnie *Program Wczesnej Profilaktyki Mowy*[24]. Realizuję go z powodzeniem w toruńskich przedszkolach od 2002 roku. Powstanie programu wiązało się z moim doświadczeniem i przekonaniem, że profilaktyka jest bardzo istotnym elementem pracy logopedy w przedszkolu. Działania prowadzone w jej ramach dotyczą dzieci najmłodszych, 3-letnich.

Założenia programu:

1. Uznanie zasady, że im wcześniej rozpocznie się proces stymulacji prawidłowego rozwoju mowy, tym efekty tych działań będą lepsze.
2. Stymulowanie rozwoju mowy, umiejętności porozumiewania się poprzez zabawę, zajęcia dające dziecku przyjemność i dostarczające wiele radości.

---

[22] Ibidem.

[23] Ibidem.

[24] J. Banaszak, „Program Wczesnej Profilaktyki Mowy", materiał niepublikowany.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

3. Stosowanie zestawu ćwiczeń warunkujących prawidłowe rozumienie wypowiedzi słownych, jak i ich tworzenie. Uznanie, że na stan mowy wpływa także sprawność intelektualna, przebyte doświadczenie oraz wzory mowy dostarczane przez środowisko.
4. Wspomaganie ćwiczeń służących rozwojowi mowy zestawami zabaw ruchowych.
5. Włączenie rodziców i nauczycieli do aktywnego i świadomego czuwania i pracowania nad rozwojem mowy dzieci.

W ramach *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy realizowany jest* zestaw ćwiczeń z zakresu profilaktyki logopedycznej i wspierania prawidłowego rozwoju mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym, który stanowi ogólny model stymulacji rozwoju jednej z najważniejszych umiejętności człowieka – umiejętności porozumiewania się z otoczeniem. Działania nim objęte mogą dotyczyć wszystkich dzieci z grupy najmłodszej, nie zastąpią jednak konsultacji i zajęć logopedycznych, w przypadku, kiedy są one konieczne, czyli gdy rozwój mowy dziecka jest nieprawidłowy. Zgodnie z założeniem chodzi o wczesne podjęcie ćwiczeń rozwijających mowę, najlepiej zanim nastąpią lub pogłębią się jej zaburzenia.

W czasie realizacji zabaw stosuje się różnorodne ćwiczenia usprawniające umiejętność porozumiewania się. Obejmują one głównie:

- ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne,
- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia słuchowe (z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych i werbalnych).

Osiągnięcie prawidłowego stanu mowy wspierane jest także dodatkowo:

- ćwiczeniami rozumienia wypowiedzi,
- ćwiczeniami rozwijającymi słownictwo,
- ćwiczeniami w budowaniu zdań,
- ćwiczeniami emisji głosu.

Celem głównym *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy*: *jest* wspomaganie rozwoju mowy i profilaktyka jej zaburzeń u dzieci 3-letnich.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Cele operacyjne, czyli to, co dzieci powinny:

- nabyć umiejętność poprawnego wypowiadania się pod względem artykulacyjnym, gramatycznym, fleksyjnym i składniowym;
- wykonywać prawidłowo ćwiczenia oddechowe, kontrolować swój tor oddychania;
- powtórzyć kilka ćwiczeń artykulatorów: warg, języka, policzków, żuchwy;
- podjąć próbę samodzielnego odtworzenia zapamiętanych ćwiczeń artykulatorów;
- naśladować dźwięki, np. pojazdów, zwierząt, instrumentów;
- bawić się z wykorzystaniem wyrazów dźwiękonaśladowczych;
- rozpoznawać odgłosy, np. zwierząt, najbliższego otoczenia, pojazdów, przyrody;
- podjąć próbę samodzielnego poszukiwania różnych efektów dźwiękowych (np. przy wykorzystaniu gazety);
- prawidłowo powtarzać głoski, słowa, frazy;
- powtarzać słowa wiersza zilustrowanego planszami;
- w sposób rytmiczny wykonywać ruchy w określonym czasie i w przestrzeni;
- powtarzać gesty prezentowane w piosence;
- śpiewać z pomocą ilustracji piosenkę;
- umiejętnie współdziałać i utrzymywać z innymi prawidłowe kontakty werbalne;
- wykazać radość z prawidłowo wykonanych ćwiczeń, z uczestnictwa w zabawie i pokonywania własnych trudności.

Na potrzeby programu wybrane zostały metody, głównie logopedyczne.

Metoda:

- ćwiczenia narządów mowy,
- wyjaśniania położenia narządów mowy,
- ćwiczenia emisji głosu,
- kontroli wzrokowej,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– autokontroli słuchowej,
– metoda ćwiczeń oddechowych,
– gestów umownych,
– ćwiczenia pamięci słuchowej,
– ćwiczeń słuchowych z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych.

Dodatkowe zastosowanie metod pedagogicznych, które przyspieszają osiąganie efektów, pomaga skupić się na dziecku jako na „całości", służy przestrzeganiu zasad dydaktycznych i stosowaniu technik oddziaływania wychowawczego.

Skarbczyk logopedyczny

W realizacji zabaw z zakresu profilaktyki logopedycznej i wspierania prawidłowego rozwoju mowy przydają się pomoce, które w ramach współpracy z rodzicami warto przygotować dla każdego dziecka. Wszystko pakujemy – najlepiej do podpisanego plastikowego pudełka na kanapki lub po lodach. W skarbczyku logopedycznym dobrze jest, gdy znajdzie się:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

- małe lusterko,
- 20 słomek do napojów,
- 10 kłębuszków waty,
- kolorowe piórka,
- chusteczki higieniczne,
- aparat do baniek mydlanych,
- 4 baloniki.

Poza przygotowanym dla każdego dziecka zestawem w czasie zajęć wykorzystywane są przez logopedę pomoce, które uatrakcyjniają zabawę: pacynki, plansze oddechowe, kolorowe plansze z ilustracjami, płyty CD z piosenkami i podkładem muzycznym itd.

Organizacja zajęć profilaktycznych

Zajęcia z profilaktyki logopedycznej prowadzone są przeze mnie systematycznie raz w miesiącu (10 spotkań w roku szkolnym). Obejmują całą grupę dzieci 3-letnich (oddział przedszkolny liczy 25 osób). Zestawy ćwiczeń usprawniających umiejętność porozumiewania się prowadzone są w obecności nauczyciela.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

W *Programie Wczesnej Profilaktyki Mowy* duży nacisk kładziony jest na zabawę, która stanowi podstawową formę aktywności w przedszkolu. Zabawa pozytywnie motywuje dzieci, pozwala na wielozmysłowe poznawanie rzeczywistości. Ćwiczenia logopedyczne wymagają wielu powtórzeń, mogą wydawać się dziecku mało atrakcyjne, a nawet nudne. Stąd pomysł skojarzenia ćwiczeń profilaktycznych z ruchem, opowiadaną historią, pacynkami. Dzieci mają naturalną skłonność do powtarzania ulubionych zabaw. Atrakcyjna realizacja zajęć sprzyja dobremu zapamiętaniu ćwiczeń przez dziecko i stwarza okazję do tego, że będzie się ono bawiło nie tylko na zajęciach, ale także w innej codziennej sytuacji.

Wśród wykonywanych z dziećmi ćwiczeń dużą rolę odgrywają te, dzięki którym można usprawnić artykulatory. Żeby dobrze i wyraźnie mówić, należy mieć sprawne wargi, język i żuchwę. Podczas wymawiania poszczególnych dźwięków narządy te powinny poruszać się w ściśle określony sposób, bardzo dokładnie. Dzieci mają często niewystarczającą sprawność tych narządów, trudnością jest dla nich także koordynacja w obrębie aparatu artykulacyjnego. Urozmaicone ćwiczenia mo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

bilizują dzieci do wielokrotnego powtarzania odpowiednich ruchów i układów narządów mowy.

Mowy uczymy się przez naśladownictwo, stąd pomysł częstego wykorzystywania ćwiczeń dźwiękonaśladowczych tak bardzo lubianych przez dzieci. Wśród ćwiczeń profilaktycznych mogą znaleźć się również ćwiczenia emisji głosu, ćwiczenia logorytmiczne i inne. Ważne jest, aby pamiętać, że rozwój mowy zależy nie tylko od ogólnego rozwoju psychoruchowego, od sprawności narządów artykulacyjnych, dobrego słuchu, ale w dużej mierze od kontaktu dziecka z otoczeniem.

W czasie zajęć profilaktycznych nie można pominąć ćwiczeń słuchowych. Na etapie wstępnym rozwoju mowy są to ćwiczenia słuchowe z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych, które stanowią przygotowanie do ćwiczeń słuchu fonematycznego.

Istotny element zajęć profilaktycznych stanowią także ćwiczenia oddechowe. Oddychanie tak naturalne i oczywiste ma znaczenie dla naszej dobrej wymowy. Ważne jest zatem, aby kształtować prawidłowe nawyki oddechowe. Należy zwrócić uwagę dzieciom, że inaczej oddychamy w czasie mówienia, a inaczej w czasie spoczynku.

Po zakończonym spotkaniu z dziećmi zawsze dbam o to, by je pochwalić za zainteresowanie i wykonanie zadań. W ten sposób kształtuje się u nich pozytywną postawę wobec ćwiczeń. Stają się one przyjemnością, a nie koniecznością.

Program Wczesnej Profilaktyki Mowy szczególną rolę wyznacza rodzicom, dlatego w ramach programu realizowane są działania pedagogizacji rodziców. Zakłada on różne formy kontaktu z rodzicami oraz włączanie ich do aktywnej współpracy. Jako logopeda biorę więc udział w zebraniach z rodzicami, prowadzę szkolenia dotyczące prawidłowej wymowy dziecka i roli rodziców w jej kształtowaniu. Zajmuję się kolportażem ulotek z dziedziny profilaktyki rozwoju mowy. W przedszkolnym biuletynie zamieszczam artykuły na ten temat. Poświęcam także czas na konsultacje indywidualne. Na zakończenie zajęć w II semestrze odbywają się zajęcie otwarte z rodzicami w formie warsztatowej, pod hasłem „Baw się razem ze mną…". Istotą tych zajęć jest to, by rodzic potrafił skorzystać z instruktażu do zabaw i ćwiczeń z dzieckiem oraz by był zmotywowany do systematycznych zabaw z zakresu profilaktyki

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

logopedycznej. Możliwość bezpośredniego demonstrowania ćwiczeń rodzicom, a nie tylko przekazanie ćwiczeń logopedycznych w formie pisemnej zwiększa szansę na stosowanie ich w domu. Włączenie rodziców warunkuje skuteczność działań profilaktycznych.

W zajęciach aktywny udział bierze nauczyciel danego oddziału. Przyjmuje on rolę partnera logopedy. Nauczyciel kontynuuje prowadzenie systematycznych zabaw logopedycznych według wskazówek specjalisty. Najlepiej, gdy realizuje je w dogodnych dla dzieci sytuacjach edukacyjnych kilka razy w tygodniu.

Szczegółowy przebieg zajęć prowadzonych w grupie dzieci najmłodszych z zakresu profilaktyki logopedycznej zawierają scenariusze zajęć stanowiące załącznik do *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy*. Systematycznie dokonywałam ewaluacji programu. W celu jego usprawnienia, rozwoju oraz lepszego dostosowania do potrzeb dzieci dokonywałam oceny jego przydatności i skuteczności. Wnioski do dalszej realizacji wyciągałam na podstawie porównawczych diagnoz dziecka na początku i na końcu realizacji programu, pisemnych opinii i ankiet dla nauczycieli biorących udział w danym roku w zajęciach realizowanych w ramach programu, opierając się na opiniach dyrektora, np. po odbytych partnerskich hospitacjach, analizując opinie rodziców i najmłodszych uczestników zajęć. Wprowadziłam samodzielnie specjalne karty badania mowy dziecka („Karta badania mowy dziecka 3-letniego"), które służą przejrzystemu przedstawieniu diagnozy i kontroli efektów po realizacji *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy* w danym roku szkolnym.

Niestety już w grupie najmłodszej część dzieci wymaga działań terapeutycznych. Wszystkie dzieci z wadami wymowy z tej grupy wiekowej zakwalifikowane są do udziału w terapii logopedycznej i korzystają dodatkowo z zajęć indywidualnych bądź w małych grupach.

Już po pierwszym roku realizacji *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy* i dokonaniu ewaluacji działań profilaktycznych zauważyłam, że przyniósł wspaniałe efekty w rozwoju mowy dzieci, a także, mam nadzieję, zmniejszył liczbę dzieci z zaburzeniami mowy. O skuteczności działań profilaktycznych świadczą efekty osiągnięte we wszystkich zakresach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wnioski z realizacji Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy

Na podstawie własnych obserwacji oraz na podstawie badań poczynionych w czasie realizacji *Programu Wczesnej Profilaktyki Mowy* wysunęłam następujące wnioski:

1. W ramach realizacji programu znakomicie udało się zintegrować działania logopedy, nauczyciela i rodzica, co stworzyło okazję do częstszego, kierowanego stymulowania rozwoju mowy dzieci. Zarówno rodzice, jak i nauczyciele aktywnie i świadomie włączyli się do realizacji założeń programu.
2. Zarówno rodzice, jak i nauczyciele chętnie korzystali z informacji, wskazówek i konkretnych propozycji ćwiczeń rozwijających mowę dzieci.
3. Proponowane i demonstrowane z zakresu profilaktyki ćwiczenia stały się inspiracją do organizowania przez nauczycieli i rodziców zabaw dzieciom wspomagających rozwój mowy.
4. Realizowane w ramach programu zajęcia profilaktyczne cieszyły się wśród dzieci ogromnym zainteresowaniem. Dzieci chętnie wykonywały ćwiczenia – były one dla nich znakomitą zabawą.
5. Zajęcia profilaktyczne stały się dobrą okazją do uzyskania przez dzieci prawidłowych wzorców wymowy i komunikacji.
6. Realizacja działań profilaktycznych przyniosła efekty w rozwoju mowy dzieci, a także dodatkowo przyczyniła się do zmniejszenia liczby dzieci z zaburzeniami mowy.

Ważne, aby logopedzi nie skupiali się jedynie na terapii logopedycznej, ale uaktywnili się w sferze zapobiegania zaburzeniom. Warto także zauważyć, że profilaktyka jest czynnikiem przyspieszającym proces terapii, co pomaga eliminować następstwa zaburzeń mowy.

Naszym zadaniem jest rozbudzenie radości języka, wpojenie obowiązku dbania o jego piękno, unaocznienie korzyści, jakie płyną ze świadomego posługiwania się mową. Dużym, dodatkowym plusem działań profilaktycznych w przedszkolu jest fakt, że pozwalają one na nawiązanie, odpowiednio wcześnie, wspaniałych relacji z dziećmi. Zyskują one zaufanie i nabywają przekonania, że z ćwiczeń nad wymową można czerpać satysfakcję.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Bibliografia:

Banaszak, J. (n.publ.). „Program Wczesnej Profilaktyki Mowy".

Dołęga, Z. (2003). *Promowanie rozwoju mowy w okresie wczesnego dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Dittfeld, B. (2004). *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Gacka, E. (2013). *Współpraca logopedy i nauczyciela w opiece nad dzieckiem z opóźnieniem rozwoju mowy*. [w:] K. Węsierska, N. Moćko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Jastrzębowska, G. (1999). *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*. [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.). *Logopedia. Pytania i odpowiedzi.* Opole: Uniwersytet Opolski.

Kania, J. T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: WSiP.

Moćko, N., Sroka, A., Szlachta, M. (2012). *Wstępna identyfikacja zaburzeń mowy- przesiewy logopedyczne w praktyce nauczyciela*. [w:] K. Węsierska (red.). *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjne*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Skorek, E. M. (2004). *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Stecko, E. (1996). *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne.* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Węsierska, K. (2007). *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela. Wychowanie na co dzień,6*(165): 8–11.

Węsierska, K. (2012). *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*. [w:] K. Węsierska (red.). *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Węsierska, K. (2013), *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka-diagnoza – terapia.* Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Karina Szafrańska
Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych
Zakład Logopedii i Pedagogiki Specjalnej
Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie, Wydział Pedagogiczny

Nabywanie mowy w procesie wychowania dwujęzycznego

Language acquisition in the process of bilingual education

Streszczenie. W wielu pracach dotyczących procesu nabywania języka znajdujemy badania potwierdzające, że małe dzieci we wszystkich kulturach rozwijają mowę według tego samego schematu. Pierwsze wypowiedzi niemowląt niezależnie od kultury i języka brzmią podobnie. Różnice pojawiają się przed ukończeniem pierwszego roku życia dziecka, kiedy produkcje głosowe nabierają cech specyficznych dla języka otoczenia. Dotyczy to aspektów fonetycznych i intonacyjnych danego języka. Kształtuje się wtedy wzorzec percepcji, na który składają się reprezentacje oddające powtarzające się właściwości języka ojczystego, zapamiętywane przez dziecko. Zmiany percepcji fonetycznej wspierają uczenie się pierwszych słów. Istotną rolę w procesie nabywania mowy odgrywają także wzorce motoryczne (ustawienia, postawy artykulacyjne) kształtujące fonetyczne realizacje języka. Badania nad dwujęzycznością naturalną wskazują na trafność hipotezy o oddzielnym rozwoju systemów morfologicznych i syntatycznych w obydwu językach przyswajanych od urodzenia. Niniejszy artykuł przedstawia specyfikę nabywania mowy w procesie wychowania dwujęzycznego.

Słowa klucze: dwujęzyczność, dwukulturowość, nabywanie mowy, język, sprawność komunikacyjna i językowa.

Summary. Many works on the process of language acquisition show that small children in all culturesdevelop their speech following the same pattern: cooing, imitative babbling, first words, two-word sentences and verbal sequences. The early speech of infants growing in different cultures sounds similar. Differences start to emerge by the end of the first year of life when the vocal productions develop specific features of a language of the environment. It concernsphonetic and intonational aspects of a given language. A pattern of perception is created andit consists of the representations reflecting the recurring features of the mother tongue acquired by a child. The changes in phonetic perception foster the process of learning the first words. Motor patterns, which shape the phonetic realisation of language, play the essential role in the process of speech acquisition as well. The study on

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

natural bilingualism proves that the hypothesis about a separate development of morphological and synthetic systems in both languages acquired since birth is accurate. The paper describes the specific features of speech acquisition in the process of bilingual education.

Keywords: bilingualism, biculturalism, speech acquisition, language, communication and linguistic skills.

Zjawisko dwujęzyczności można rozpatrywać w aspekcie lingwistycznym, społecznym, kulturowym, psychologicznym czy pedagogicznym. Stąd bilingwalizm ma wiele definicji zależnie od dziedziny, którą osoba definiująca się zajmuje. Najprościej ujmując: osoba dwujęzyczna to ktoś, kto w sposób naturalny przyswoił dwa języki i potrafi używać ich na podobnym poziomie w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Z perspektywy językoznawcy rozpatrującego język jako składnik kultury zbiorowości etnicznej dwukulturowość to równorzędne bycie (czerpanie, funkcjonowanie) w dwóch kulturach[1]. W praktyce takie rozumienie dwukulturowości byłoby analizą warunków i poziomów korzystania ze zdobyczy dwóch kultur. Anusiewicz uznaje język za istotny składnik kultury, a także za warunek jej istnienia, pisze o języku jako swoistym archiwum kulturowym społeczeństw.

Idąc za myślą Humboldta[2], „w każdym języku zawiera się swoisty sposób widzenia świata […] Człowiek obcuje z przedmiotami […] wyłącznie tak, jak mu ich dostarcza język", słuszne wydaje się rozpatrywanie dwujęzyczności w powiązaniu z kulturami obu krajów oraz ich dorobkiem niesionym wraz z poznawanymi i używanymi językami. To właśnie język jest narzędziem samorealizacji człowieka, pozwalającym na tworzenie tożsamości. Czy zatem stawanie się sobą w dwóch społecznościach (językach) równocześnie nie zakłóca tego procesu. Dą-

[1] W. T. Miodunka, *Moc języka i jej znaczenie w kontaktach językowych i kulturowych. Język jako wartość podstawowa kultury*, [w:] W. Miodunka (red.), *Język polski w świecie*, Kraków 1990; Anusiewicz, *Kulturowa teoria języka. Zarys problematyki*, [w:] *Język a kultura*, t. 1, Wrocław 1991.

[2] W. von Humboldt, *Rozmaitość języków a rozwój umysłowy ludzkości*, tłum. E. M., Kowalska, KUL, Lublin 2001, s. 101.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

browski[3] jest zdania, że bilingwalizm może dawać jednostce możliwość osiągnięcia wyższego etapu rozwoju osobowości, dając mu dwa narzędzia do samorealizacji[4]. Jednak „warunkiem przekroczenia (transcendencji) uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych jest, zdaniem tego wybitnego psychoterapeuty, zainteresowanie własnym światem wewnętrznym. Dopiero wówczas jednostka może świadomie *powrócić* do świata zewnętrznego i działać w nim zgodnie z ukształtowanym przez siebie programem"[5].

Gadamer[6] twierdzi, że od wychowania w określonej tradycji językowej zależy sposób widzenia świata, ponieważ język jest nośnikiem norm i sposobów zachowania, ocen i wartości moralnych, estetycznych i kognitywnych, a zatem za pomocą języka przekazywana jest w znacznej części wiedza o kulturze danego narodu.

Z filozoficznego punktu widzenia język jest formą tworzenia i przekazywania myśli[7]. Wrhof uważał, że nawet specyfika gramatyki danego języka ma wpływ na sposób spostrzegania i „różne oceny zewnętrzne podobnych do siebie aktów percepcji"[8], co wpływa na odmienny obraz rzeczywistości powstający w umysłach użytkowników. Te same spostrzeżenia tworzą zatem wspólny obraz świata tylko wśród ludzi posługujących się tym samym językiem. Kwaśnica[9] również uważa, że wspólnota językowa jest warunkiem wspólnoty spostrzeżeniowej. Grupa etniczna posługująca się tym samym językiem pozwala na identyfikację, tworzenie samoświadomości i tożsamości człowieka. Ściśle wiąże się to z funkcją komunikacyjną języka rozumianą jako kompetencja

---

[3] K. Dąbrowski, *Trud istnienia*, Warszawa 1986; idem, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1996.

[4] W. T. Miodunka, *Bilingwizm polsko-portugalski w Brazylii*, Kraków 2003.

[5] J. Cieszynska, *Lingwistyczne i psychologiczne problemy osób dwujęzycznych*, [w:] M. Bogdanowicz, M. Smoleń (red.), *Dysleksja w kontekście nauczania języków obcych*, Harmonia, Gdańsk 2004, s. 27.

[6] H. Gadamer, *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*, Kraków 1993.

[7] W. Humboldt, *O myśli i mowie – wybór pisma teorii poznania, filozofii dziejów i filozofii języka*, tłum. E.M. Kowalska, Warszawa 2002.

[8] B. L. Wrhof, *Język, myśl, rzeczywistość*, Warszawa 1982, s. 297.

[9] R. Kwaśnica, *Rzeczywistość jako byt sensu. Teza o językowym tworzeniu rzeczywistości*, [w:] *Język a kultura*, t. 1, Wrocław 1991, s. 37.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

językowa – wiedza utajona (*tacit knowledge*) czy nieuświadomiona, o cechach której wnioskujemy na podstawie zachowań językowych (werbalnych i niewerbalnych), i kompetencja komunikacyjna – będąca pragmatyczną umiejętnością porozumiewania się w różnych sytuacjach społecznych.

Przyjmijmy zatem, że dwujęzyczność to umiejętność swobodnego operowania dwoma językami oraz przechodzenie z jednego języka na inny w zależności od sytuacji komunikacyjnej[10].

Formy dwujęzyczności

W literaturze przedmiotu spotykamy się z trzema typami dwujęzyczności: współrzędną (czystą), złożoną (mieszaną) i podporządkowaną. Weinreich[11] wprowadził terminy *coordinate*, *compound* i *subordinate bilingualism*. Pierwszy z nich – dwujęzyczność współrzędna (*coordinate*) – zakłada istnienie dwóch niezależnych od siebie systemów językowych i znaczeń w mózgu człowieka. W przypadku dwujęzyczności złożonej (*compound*) istnieje jeden wspólny system znaczeń dla obu języków, których reprezentacje funkcjonują jako dwa oddzielne zbiory, natomiast dwujęzyczność podporządkowana (*subordinate bilingualism*) oznacza, że znaki (reprezentacje) drugiego języka tłumaczone są z języka pierwszego. Podobną koncepcję przedstawili Ervin-Tripp i Osgood[12], którzy pisali o *coordinate languae system* i *compaund languae system*, lecz w ich klasyfikacji różnica polegała na sposobie, w jaki powiązane są ze sobą znaki językowe i ich znaczenia (*sign* i *response*). W bilingwalizmie mieszanym znak pierwszego języka (Sa) i znak drugiego języka (Sb) są powiązane tą samą specyficzną konstelacją wyobrażeń i skojarzeń. W bilingwalizmie czystym obydwa systemy językowe wią-

[10] W. Rozencwajg, *Podstawowe zagadnienia teorii kontaktów językowych*, [w:] M. Głowiński (red.), *Język i społeczeństwo*, Warszawa 1980.

[11] U. Weinrich, *Lanque in Contact*, Linqistic Circle of New York, New York 1974, s. 9–10.

[12] S. M. Ervin-Tripp, Ch. E. Osgood, *Zweitspachenerwerb und Bilingualismus*, [w:] J. Raith, R. Schulze, K. H. Wandt (red.), *Grundlagen der Mehrsprachigkeitsforschund*, Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, Stuttgart 1986, s. 12–18.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

żą się z niezależnymi znaczeniami. Mieszany (złożony) bilingwalizm, zdaniem tych autorów, jest wynikiem tradycyjnego nauczania języka obcego, co oznacza, że reprezentacja nowego języka następuje poprzez język pierwszy. System znaczeń języka nazywanego jako pierwszy zostaje zachowany i ma wyraźny wpływ na wypowiedzi w języku drugim. Badacze ci uważają, że system taki może powstać u dziecka w rodzinie dwujęzycznej, kiedy rodzice używają obu języków naprzemiennie bez względu na sytuację komunikacyjną. Podsumowując: oddzielenie od siebie sytuacji uczenia się dwóch języków powoduje powstanie dwóch równoległych niezależnych systemów językowych.

We współczesnej psycholingwistyce operuje się raczej pojęciami dwujęzyczność czysta i złożona, opisując głównie kontekst, w którym zachodzi proces akwizycji obydwu języków wcześnie w domu rodzinnym czy w dalszym środowisku lub w okresie szkolnym. Według Lamberta[13] dzieci nabywające drugi język w naturalnych sytuacjach komunikacyjnych (tak jak pierwszy) reprezentują dwujęzyczność mieszaną. Natomiast dwujęzyczność czysta rozwija się wówczas, kiedy nauka drugiego języka przebiega później z pomocą formalnych instrukcji językowych (np. w szkole)[14].

Kurcz dzieli dwujęzyczność na[15]:

– dwujęzyczność zrównoważoną (gdy stopień kompetencji jest jednakowy w obu językach),
– dwujęzyczność pełną (kompetencja językowa i komunikacyjna rozwinięta jest w obu językach w mowie i w piśmie).

---

[13] W. E. Lambert, *Developmental aspects of second- lanquage acquisition : Associational fluency, stimulus provocativeness, and word – ordery*, „Journal of Social Psychologys" 1956, 15.

Lambert W.,E., *Die zwei Gesichter zweisprachiger Erziehung*, [w:] J. Swift (red.), *Bilinguale und Multiculturelle Erziehung*, Verlag Königshausen Neumann, Würzburg 1982, s. 44–50.

[14] M. Olpińska-Szkiełko, *Wychowanie dwujęzyczne w przedszkolu*, Warszawa 2013, s. 60–61.

[15] I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, SCHOLAR, Warszawa 2000, s. 176; idem, *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*, Warszawa 1992; idem, *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007; idem, *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Arsenian[16] podaje kryteria istotne przy badaniu zjawiska dwujęzyczności:

- stopień opanowania obydwu języków (kompetencja językowa);
- indywidualna ocena własnej dwujęzyczności przez osobę bilingwalną;
- kontekst akwizycji drugiego języka (dwujęzyczność naturalna i kultywowana),
- wiek rozpoczęcia procesu akwizycji drugiego języka.

Powyższe kryteria pozwalają na uporządkowanie rozważań na temat dwujęzyczności, jednak nie oddają w pełni jej istoty. Grucza[17] uważa, że rozpatrywanie idealnego stopnia opanowania języka jest niemożliwe, ponieważ taki stopień nie istnieje. Nawet w przypadku osoby jednojęzycznej nie można powiedzieć, że osiągnęła granicę rozwoju swojej kompetencji językowej. Z drugiej strony osoba rozumiejąca wypowiedzi formułowane w drugim języku czy potrafiąca formułować w nim poprawne zdania nie może być określana jako bilingwalna, a tylko znająca w pewnym stopniu język obcy.

Językoznawcy uznają za ważny składnik kompetencji bilingwalnej zdolność do wyboru i stosowania jednego z języków w zależności od osoby, sytuacji komunikacyjnej czy miejsca komunikacji. Zwracają uwagę na czystość obydwu języków, brak interferencji między nimi. W pomiarach dwujęzyczności sprawdza się cztery podstawowe sprawności językowe: czytanie, rozumienie ze słuchu, pisanie i mówienie. Oprócz standardowych procedur badania ilości, jakości i tempa wypowiedzi, czasu reakcji na bodźce językowe, liczby i częstotliwości interferencji, współczesne testy mierzą także stopień kompetencji komunikacyjnej w drugim języku, różnicę między „powierzchowną znajomością języka" a stopniem „dojrzałości akademickiej" (poznawczo-akademickiej kompetencji językowej), inaczej mówiąc umiejętności użycia języka jako instrumentu myślenia i operacji poznawczych. Istotna jest

---

[16] S. Arsenian, *Biligualismus and Mental Development a Study of Biligual Children in New York City*, College Press, New York 1972, s. 19–21.

[17] F. Grucza, *Język, ludzkie właściwości językowe, językowa zdolność ludzi*, [w:] J. Piontek, A. Wiercińska (red.), *Człowiek w perspektywie ujęć biokulturowych*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1993, s. 25–45.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

także obecność dwóch języków w rodzinie i ocena własnej bilingwalności. Kryterium nabywania języka dzieli metody na naturalną i kultywowaną.

Zwykle badacze przywołują dwie sytuacje, w jakich może zachodzić nabywanie dwóch języków przez dziecko:

a) dziecko jest wychowywane przez parę mieszaną pod względem językowo-kulturowej przynależności (kiedy języki macierzyste ojca i matki są różne),
b) dziecko jest wychowywane przez rodziców imigrantów o tej samej przynależności językowo-kulturowej.

W pierwszym przypadku będzie to dwujęzyczność rodzinna[18], czyli kontakt z dwoma językami od urodzenia. Proces akwizycji języka zbliżony do tego, jaki następował w przypadku nabywania języka ojczystego w rodzinie jednojęzycznej, podczas codziennej komunikacji.

Jonekeit, Kielhöfer[19] uważają, że tylko akwizycja języka w domu rodzinnym, w rodzinie dwujęzycznej jest procesem naturalnym. Schöping definiuje go jako nabywanie języka w sytuacjach komunikacyjnych z partnerami używającymi tego języka jako pierwszego, nie ogranicza środowiska przyswajania języka do rodziny dziecka[20]. I tak jest w drugim przypadku. Zakłada się, że wychowanie w rodzinie imigranckiej zapewnia rozwój kompetencji językowych i komunikacyjnych w pierwszym języku w środowisku domowym, a także nabywanie drugiego języka w wieku przedszkolnym czy szkolnym dzięki kontaktom społecznym. Jest to dwujęzyczność typu sukcesywnego, polegająca na wprowadzeniu drugiego języka, kiedy dziecko zaczęło się już komunikować w pierwszym, zazwyczaj od 3. roku życia[21]. Christine

---

[18] Ch. Hèlot, *Du bilinguisme en famille au plurilinguisme à l'école*, L' Harmattan, Paris 2007, s. 59, 62.

[19] S. Jonekeit, B.Kielhöfer, *Zweirachige Kindererziehund*, Stauffenburg Verlag, Tübine 1995.

[20] M. Olpińska-Szkiełko, *Wychowanie dwujęzyczne w przedszkolu*, Warszawa 2013, s. 53–55.

[21] F. Grosejean, *Le bilinguisme et Le biculturalisme, Essai de definition*, "Tranel" 1993, nr 19, s. 25; I. Kurcz, *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*, Warszawa 1992, s. 190.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Perregaux[22] uważa, że wtedy proces przyswajania języka przebiega podobnie jak w przypadku nabywania pierwszego na bazie istniejącej już wiedzy językowej, społecznej i osiągniętego poziomu funkcji poznawczych. W rozważaniach o dwujęzyczności często zwraca się uwagę na optymalny wiek wprowadzenia drugiego języka oraz wpływu na proces przyswajania drugiego języka, tzw. okresu krytycznego, a także powiązania tych zagadnień z najnowszymi wynikami badań neurolingwistycznych[23].

Uwarunkowania nabywania języka

Zdaniem Ferdynanda de Saussure'a każdy człowiek jest przez naturę przystosowany do tego, aby stać się uczestnikiem komunikacji, czyli nadawać i odbierać informacje językowe. Niewątpliwie istnieją biologiczne uwarunkowania dla przetwarzania informacji językowych. Część z nich ma charakter wrodzony, inne rozwijają się podczas procesu nabywania mowy. Aby w sposób naturalny opanować mowę, człowiek powinien mieć dobrze rozwinięte i poprawnie funkcjonujące narządy: słuchu, oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny. Istotny jest także system percepcyjno-motoryczny. Aby człowiek mógł się komunikować w danym języku, potrzebne jest zrównoważenie różnych form wiedzy językowej, takich jak: wiedza fonologiczna, morfologiczna, syntaktyczna i leksykalna, a także pomiędzy wiedzą językową a pozajęzykową niezwykle istotna jest umiejętność łączenia tej wiedzy (świadomości językowej) z wiedzą kontekstową.

Chomski w 1965 wprowadził pojęcie kompetencji komunikacyjnej. Według S. Grabiasa, zgodnie ze stanowiskiem socjolingwistycznym, sprawność komunikacyjną rozumianą jako sprawność językową określają cztery komponenty[24]. Są to:

---

[22] Ch. Perregaux, *Les enfants à deux voix, Des effets du bilinguisme sur l' apprentissage de la lecture*, Bern, Peter Lang 1994, s. 43.

[23] K. Wróblewska-Pawlak, *Jedno- i dwujęzyczność z perspektywy neurolingwistyki*, [w:] A. Dutka-Mańkowska, A. Kieliszczyk, E. Pilecka (red.), *Grammatcis unitis. Mèlanges offerts á Bohdan Krzysztof Bogacki*, Warszawa 2012, s. 337–344.

[24] S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, UMCS, Lublin 1997.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– językowa sprawność systemowa,
– językowa sprawność społeczna,
– językowa sprawność sytuacyjna,
– językowa sprawność pragmatyczna.

Umiejętność uczestniczenia w komunikacji społecznej, jak i jej skuteczność uzależnione są od wszystkich typów sprawności językowej.

Komunikację warunkuje zatem umiejętność łączenia wiedzy językowej (świadomość językowa) z wiedzą kontekstową wynikającą z ogólnej wiedzy o świecie czy zewnętrznych okoliczności. Jadwiga Puzynina w *Języku wartości* pisze: „Człowiek od pierwszych dni swojego życia aż po ostatnie żyje w świecie, który jawi mu się jako świat wartości i choć przekaz wartości nie zawsze jest słowny, to jednak komunikacja werbalna odgrywa tu ogromną rolę”[25]. Za pomocą języka formułujemy wypowiedzi wartościujące w rozmaitych sytuacjach i dla rozmaitych celów, aby dać wyraz swoim myślom, uczuciom, aby przekonywać innych, wpływać na nich. Odbiciem przyjętego systemu wartości jest posługiwanie się językiem poprawne i komunikatywne czy niestaranne i niekomunikatywne.

Łaciński wyraz określający świadomość, *coinsidentia*, pochodzi od con – „z” i *sidentia* – „wiedza”. *Coinsidentia* oznaczało wiedzę dzieloną z kimś, często wiedzę tajną, jednak w metaforycznym sensie może oznaczać wiedzę dzieloną z samym sobą, wskazując na intymny, dostępny jedynie dla doświadczającego, charakter świadomego doświadczenia. Świadomość w znaczeniu ogólnym to: „stan psychiczny, zdolność umysłu, w którym jednostka zdaje sobie sprawę ze swoich przeżyć i odczuć, jest świadoma procesów otaczającego świata”[26]. W psychologii świadomość to stan, w którym jednostka zdaje sobie sprawę ze zjawisk wewnętrznych i środowiska zewnętrznego. Świadomość odgrywa decydującą rolę w kierowaniu naszym zachowaniem, umożliwia tworzenie

[25] J. Puzynna, *Język wartości*, PWN, Warszawa 1992.

[26] S. Skorupka, S. Auderska (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Wydawnictwa UW, Warszawa 1974, hasło: świadomość.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

zarówno osobistych, jak i wspólnych dla danej kultury konstrukcji rze- czywistości. Psychologowie rozróżniają trzy poziomy świadomości[27]:

– podstawowe zdawanie sobie sprawy ze świata, czyli odbieranie przekazywanej nam informacji percepcyjnej i reagowanie na nią,
– refleksja – pozwala posługiwać się wiedzą symboliczną, uwalnia nas od realnych obiektów i teraźniejszych zdarzeń,
– samoświadomość.

Jeśli świadomość w ujęciu psychologicznym to zdawanie sobie sprawy z funkcjonowania psychiki to, czym jest zatem świadomość językowa? Markowski[28] definiuje to pojęcie jako „ogół sądów o języku", sądów charakterystycznych dla jednej osoby, jak i grupy ludzi (społeczności).

Pojęcie to pojawia się w literaturze za sprawą Alfreda Tarskiego[29]. Do rozpowszechnienia tego terminu przyczynił się również Jacobson[30], który oprócz funkcji fatycznej i poetyckiej wyróżnił metalingwistyczne pojęcie języka (metalingwistyka-refleksyjna postawa nad językiem).

Podstawą świadomości językowej jest intuicyjna wiedza danego użytkownika na temat zasad, jakimi rządzi się dany język, umiejętność używania różnych form, wyrażeń, adekwatnie do sytuacji. Świadomość ta może się przejawiać na różnych poziomach w reakcjach na zjawiska językowe, na przykład wygłaszanie sądów, jak powinno się mówić, czy krytyka użycia nieprawidłowej formy językowej. Bugajska pojęcie świadomości językowej definiuje jako: „znajomość języka

---

[27] E. R. Hilgard, *The trilogy of mind: Cognition, affection, and conation*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences" 1980, 16, s. 107–117; T. Natsoulas, *Basic problems of consciousness,* „Journal of Personality and Social Psychology" 1981, 41(1), s. 132–178; E. Tulving, *Memory and consciousness*, „Canadian Psychology" 1985, 26, s. 112.

[28] A. Markowski (red.), *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*, PWN, Warszawa 2002, s. 751.

[29] A. Tarski, *The Semantical Concept of Truth and the Foundations of Semantics*, „Philosophy and Phenomenological Research" 1944, no. 4.

[30] R. Jakobson, *W poszukiwaniu istoty języka*, Warszawa 1989.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

charakteryzująca jego użytkowników, pozwalająca na swobodne władanie językiem ojczystym, na tworzenie i rozumienie coraz to nowych wypowiedzi"[31].

Językiem rządzą reguły, które określają ustawienie wyrazów w zdaniach, natomiast metajęzyk opisuje reguły rządzące językiem, świadome rozumienie i korzystanie z języka. Kwarciak[32] definiuje świadomość metajęzykową jako wiedzę o języku, jego tworzeniu i regułach, relacjach między jego składnikami. Wiedza ta jest uświadomiona bądź nieuświadomiona. Przyjmijmy zatem za zachowania metajęzykowe wszystkie uświadomione procesy odnoszące się do języka. Krasowicz-Kupis[33] do zachowań metajęzykowych zalicza nie tylko zdolność tworzenia języka, ale także umiejętność fachowego określenia struktur języka. Wymienia dodatkowo zachowania epijęzykowe, gdzie wiedza językowa stosowana jest w sposób nieuświadomiony.

W literaturze naukowej termin „kompetencje językowe" bywa odnoszony do takich określeń jak świadomość językowa, umiejętności językowe, kompetencje językowe i komunikacyjne. Pojęcie „umiejętność", według *Słownika języka polskiego* z 1981 roku[34], to praktyczna znajomość, biegłość i zdolność wykonania czegoś. Jeżeli zestawimy terminy „sprawność" i „umiejętność", odnajdziemy w literaturze warianty semantyczne, nazywające sprawnością dobrze opanowaną i wyćwiczoną umiejętność, lub takie, które sprawność określają nie tylko jako umiejętność, ale także niezbędne do jej wykonania wiadomości (wiedzę). W niniejszym artykule sprawność rozumiana będzie jako szczególny rodzaj umiejętności wymagający pewnej wiedzy. Wiedza ta może być uświadomiona lub nieuświadomiona (intuicyjna).

---

[31] M. Bugajski, *Świadomość językowa a świadomość lingwistyczna. Społeczne i naukowe potrzeby kultury języka*, [w:] J. Miodek (red.), *Mowa rozświetlona myślą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1999, s. 115.

[32] B. Kwarciak, *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, UJ, Kraków 1995.

[33] G. Krasowicz-Kupis, *Rozwój świadomości językowej dziecka*, UMCS, Lublin 2004.

[34] M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1981.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Kompetencją nazywamy zakres czyjejś wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności[35]. Termin ten w zależności od płaszczyzny, którą określa lingwistyka, definiuje jako kompetencje językowe, komunikacyjne, lingwistyczne czy socjolingwistyczne, natomiast terminy „poczucie językowe", „kompetencja językowa" są zrelatywizowane w stosunku do świadomości, wiedzy, przekonań, zamierzeń i celów użytkowników języka. Relatywizm ten jest cechą charakterystyczną dla nauk humanistycznych, opisujących i wyjaśniających fakty i prawidłowości dotyczące działań ludzkich[36].

Zgółka wyróżnia dwie płaszczyzny badań:

– płaszczyzna społecznej praktyki językowej, na którą składają się działania oraz rezultaty tych działań,
– płaszczyzna społecznej świadomości językowej, czyli wiedzy o systemie językowym, o kompetencji językowej.

Pojęcie sprawności językowej jest usytuowane na płaszczyźnie społecznej praktyki językowej i widoczne jest w konstruowanych przez użytkownika języka tekstach (mówionych i pisanych). *Nowy słownik poprawnej polszczyzny* pod redakcją Markowskiego sprawność językową definiuje jako: „cechę osoby mówiącej lub piszącej, polegającą na umiejętności przekazywania w tekstach tego, co się chce przekazać (informacja, przeżycia, emocje) w sposób najodpowiedniejszy w danej sytuacji komunikacyjnej. Umiejętność ta polega na dobieraniu takich środków językowych, które pozwolą najlepiej dotrzeć do odbiorcy i spowodować jego właściwą [...] reakcję i wywołać u niego pozytywną ocenę mówiącego, piszącego"[37]. Zgodnie z tą definicją sprawne używanie języka jest: właściwym ujęciem tematu, liczeniem się z możliwościami percepcyjnymi odbiorcy i sformułowaniem jasnej, zrozumiałej wypowiedzi.

W kontekście socjolingwistycznym sprawność językowa zakłada także wiedzę użytkownika języka o zróżnicowaniu współczesnego języka pod względem stylistycznym, socjalnym, terytorialnym i chronolo-

[35] E. Sobol (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wydanie nowe, Warszawa 1997.

[36] T. Zgółka, *Język. Kompetencja. Gramatyka*, Poznań–Warszawa 1980.

[37] A. Markowski (red.), *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*, PWN, Warszawa 2002, s. 751.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

gicznym. Socjolingwistyczna teoria zachowań językowych[38] uzależnia kształt wypowiedzi od tego, kto mówi, do kogo mówi, w jakiej sytuacji i w jakim celu. Nadawca, kierując komunikat posługuje się określonym kodem językowym bądź wieloma kodami uwarunkowanymi społecznie lub terytorialnie. Tworzy tekst zależny od określonej roli społecznej, wynikającej ze społecznej pozycji odbiorców, dostosowuje się do sytuacji, w której akt językowy się dokonuje, wybierając taki sposób realizowania intencji, który uwzględnia cel wypowiedzi. Zdaniem Chomsky'ego kompetencja językowa zawiera wiedzę i zdolność użytkownika danego języka do rozumienia zdań pod względem gramatycznym i semantycznym z jednej strony, a z drugiej – zdolność do tworzenia nowych zdań. Język jest bowiem nieskończonym zbiorem zdań generowanych na podstawie skończonej liczbie reguł i słów, a gramatyka zbiorem reguł rekurencyjnych, dających się stosować nieskończoną ilość razy[39]. O ile kompetencja językowa jest cechą wspólną wszystkim ludziom, o tyle kompetencja komunikacyjna, zdaniem Shugar i Smoczyńskiej, odnosi się do różnorodności i odmienności ludzkich zdolności posługiwania się językiem. Oznacza zdolność posługiwania się językiem w sposób skuteczny, dostosowany do sytuacji ze względu na oczekiwania, jakie ma rozmówca wobec słuchacza, cele, jakie sobie stawia nadawca, oraz społeczne konwencjonalne reguły użycia języka[40]. Kompetencja komunikacyjna może być traktowana jako system koordynacyjno-kontrolny w stosunku do zachowania językowego człowieka, tzn. do rozumienia i produkowania mowy. Jednostkami kompetencji komunikacyjnej są wypowiedzi będące aktualizacją zdań. Wypowiedź stanowi także akt mowy wyrażający intencję osoby mówiącej, jej motywację, znajdującą się u podstaw danej wypowiedzi. Istotne dla kompetencji komunikacyjnej jest również pojęcie kodu językowego czy też wariantu mówienia. W każdym języku występują społeczne i kulturowo uwarunkowane odmiany i warianty użycia języka. Za najgłębszy poziom regulacji kompetencji komunikacyjnej przyjmuje się osobiste style jednostki,

[38] S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, UMCS, Lublin 1997.

[39] J. Fisiak, *Wstęp do współczesnych teorii lingwistycznych*, Warszawa 1985.

[40] G.W. Shugar, M. Smoczyńska (red.), *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac*, PWN, Warszawa 1980.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

które determinują sposób realizowania owej kompetencji właściwej danej jednostce, charakterystyczne ze względu na jej preferencje osobiste, jej zainteresowania, postawy, cele i ideały życiowe. Zinterioryzowane reguły dotyczące wszystkich wyróżnionych poziomów funkcjonowania kompetencji komunikacyjnej stanowią ważny składnik wiedzy językowej człowieka[41].

Charakterystyka przyswajania języka w procesie wychowania dwujęzycznego

W wielu pracach dotyczących procesu nabywania języka znajdujemy badania potwierdzające, że małe dzieci we wszystkich kulturach rozwijają mowę według tego samego schematu: głużenie (od 1. do 4. m.ż.), gaworzenie naśladowcze (od 5. do 10. m.ż.), pierwsze słowa (od 10. do 15. m.ż.), zdania dwuwyrazowe (od 18. do 24. m.ż.), sekwencje werbalne[42]. Pierwsze wypowiedzi niemowląt rozwijających się w różnych kulturach brzmią podobnie. Różnice pojawiają się przed ukończeniem pierwszego roku życia dziecka, kiedy produkcje głosowe nabierają cech specyficznych dla języka otoczenia. Dotyczy to aspektów fonetycznych i intonacyjnych danego języka[43]. Kształtuje się wzorzec percepcji, na który składają się reprezentacje oddające powtarzające się właściwości języka ojczystego zapamiętywane przez dziecko. Zmiany percepcji fonetycznej wspierają uczenie się pierwszych słów. Istotną rolę w procesie nabywania mowy odgrywają także wzorce motoryczne (ustawienia, postawy artykulacyjne) kształtujące fonetyczne realizacje języka.

Badania naukowe nad rozwojem językowymi dziecka dwujęzycznego nie różnią się pod względem metodologii od badań nad rozwojem dziecka jednojęzycznego. W obu wypadkach główną metodą są

---

[41] I. Kurcz, *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*, Warszawa 1992.

[42] I. Kurcz, *Psychologiczne aspekty dwujęzycznśoci*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 39.

[43] B. de Boysson-Bardies, *Ontogeny of language specific sylabicznej production*, [w:] B. de Boysson-Bardies, S. de Schoen, P. Juszczyk, P. F., MacNeilage, J. Morton (ed.), *Developmental neurocognition: Speech and face progressing in de first year of life*, Kluwer Academie Publishers, 1993, s. 353–363.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

tak zwane dzienniki mowy dziecka, rożnego rodzaju obserwacje, wywiady i eksperymenty[44]. Analiza rozwoju mowy polega na opisie etapów rozwoju obydwu języków, a także kompetencji dziecka w zakresie systemów językowych: fonematyki i fonologii, morfologii i składni, semantyki i kompetencji komunikacyjnej (np. Watson 1992, De Houwer 1995). Czasem badacze koncentrują się na zjawisku interferencji czy mieszania języków, zmianą kodów czy często spotykanymi błędami językowymi[45]. W większości prac uwzględniają dane zebrane przez innych badaczy i na tej podstawie dokonują próby porównań. W literaturze można znaleźć opisy oparte na studiach przypadków, prowadzone przez lingwistów obserwujących własne dzieci, które świadczą o braku negatywnego wpływu wychowania bilingwalnego na rozwój językowy czy poznawczy dziecka spowodowany przeciążeniem. Współcześni badacze na ogół są zgodni co do tego, że rozwój dzieci jedno- i dwujęzycznych przebiega tymi samymi etapami i w podobnym czasie (generalizowanie znaczeń słów, uproszczenie struktur składniowych w początkowym etapie przyswajania, stopniowy wzrost długości zdań itp.). Potrafią oddzielać obydwa języki i używać ich zamiennie w zależności od partnera komunikacji. Taką umiejętność stwierdza się już u trzyletnich dzieci. Badania nad dwujęzycznością naturalną wskazują na trafność hipotezy o oddzielnym rozwoju systemów morfologicznych i syntetycznych w obydwu językach przyswajanych od urodzenia. Zdarza się mieszanie jednostek leksykalnych w kontaktach z osobami dwujęzycznymi. Zdaniem De Houwera dzieci te charakteryzuje kreatywność językowa i dużą łatwość w wypowiadania się w obu językach naprzemiennie. Szybko przyswajają także modele fonologiczne tych języków. Najnowsze badania wskazują na podobną eksplozję słownictwa około

[44] I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, SCHOLAR, Warszawa 2000, s. 69.

[45] G. Saunders, *Biligual Children, Guidance for the Family*, Multilingual Matters Ltd. Clevedon, 1982; A. Tarski, *The Semantical Concept of Truth and the Foundations of Semantics*, „Philosophy and Phenomenological Research" 1944, nr 4; L. Arnberg, *Raising Children Bilingually: The Pre-school Years*, Multiligual Matters Ltd., Clevedon 1987; E. Haugen, *Blessings of Babel. Biliggualusm and Language Planning*, Mouton de Gruyter, Berlin 1987.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

3. roku życia jak u dzieci jednojęzycznych. Choć języki nie rozwijają się jednocześnie, okresowo jeden jest dominujący[46].

Wychowanie dwujęzyczne nie zawsze przebiega bez problemów. Zwykle wymaga przemyślanych i konsekwentnie stosowanych strategii np.

– strategii miejsca (polegającej na rozmawianiu z dzieckiem w jednym języku w domu, a w drugim poza nim);
– strategii czasu (jeden język w dni powszednie, drugi w weekendy);
– strategii naprzemiennej (komunikowanie się w rodzinie jednym lub drugim językiem w dłuższych okresach)[47].

Na intensywność i jakość rozwoju drugiego języka wpływają także indywidualne cechy dziecka, takie jak zdolności, temperament, osobowość, motywacja, płeć i wiek. Istotna jest też wspomniana wcześniej hipoteza okresu krytyczny (*critical period*), zakładająca łatwiejszą i skuteczniejszą akwizycję drugiego języka przed okresem powitania. Ma to związek z takimi cechami mowy jak artykulacja, akcent czy intonacja, specyficzne dla nabywanego języka. W późniejszym okresie życia znacznie trudniej opanować fonologię i wymowę drugiego języka. Z drugiej strony Knedler[48] zwraca uwagę na problem wpływu wymowy drugiego języka na pierwszy, szczególnie w przypadku dużych różnic w artykułowaniu głosek. Stąd też sugestie logopedów, aby naukę kolejnego języka rozpoczynać dopiero po utrwaleniu pierwszego systemu językowego, dopiero po 3. roku życia albo dopiero podczas edukacji szkolnej. Dzieci w 4. roku życia mają już określoną wiedzę o świecie, rozwinięty system pojęć, pojemną pamięć i znajomość języka ojczystego, co może być pomocne w nabywaniu drugiego języka. W sprzyjających okolicznościach dla rozwoju obu języków, kiedy dziecko i jego

[46] Za: K. Wróblewska-Pawlak, *Naturalna dwujęzyczność, czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci*, „Języki Obce w Szkole" 2013, t. 1, s. 88–97; A. de Houwer, *Le developpment harmonieux ou non harmonieux du bilnguisme de l'enfant au sein de la famille,* „Langage& sociètè" 2006, nr 116, s. 33.

[47] I. Kurcz, *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*, Warszawa 1992, s. 190.

[48] M. Kendler, *Dwujęzyczność – dobrodziejstwa czy przekleństwo*?, 2008 <http:/ logopeda.pl/ PDF/2009 1 228 194105_119.pdf>.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

otoczenie ma pozytywny stosunek do obydwu języków i kultur, każde dziecko niezależnie od swoich predyspozycji ma szansę na uzyskanie pełnej zrównoważonego kompetencji bilingwalnej. Niemniej w negatywnych warunkach rozwój jednego z języków, a w wyjątkowych przypadkach obydwu – może ulegać zaburzeniom.

Podsumowując, w wychowaniu dwujęzycznym, tak jak i jednojęzycznym najważniejsze jest dobro dziecka i skupienie obojga rodziców na jego potrzebach. Harmonijnemu zaś nabywaniu przez dziecko dwóch języków sprzyja pozytywne wartościowanie obu języków i kultur przez jego najbliższe otoczenie.

Bibliografia:

Anusiewicz, J. (1991). *Kulturowa teoria języka. Zarys problematyki*. [w:] *Język a kultura*. t. 1, Wrocław.

Arnberg, L. (1987). *Raising Children Bilingually: The Pre-school Years*. Clevedon: Multiligual Matters Ltd.

Arsenian, S. (1972). *Biligualismus and Mental Development a Study of Biligual Children in New York City*. New York: College Press.

Białystok, E. (2001). *Bilingualism in dewelopment lanquage, literacy and cognition*. New York: Cambrydge Uniwersity Press.

Bugajski, M. (1999). *Świadomość językowa a świadomość lingwistyczna. Społeczne i naukowe potrzeby kultury języka*. [w:] J. Miodek (red.). *Mowa rozświetlona myślą*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 115.

Cieszynska, J. (2004). *Lingwistyczne i psychologiczne problemy osób dwujęzycznych*. [w:] M. Bogdanowicz, M. Smoleń(red.). *Dysleksja w kontekście nauczania języków obcych*. Gdańsk: Harmonia.

Cieszynska, J. (2006). *Dwujęzyczność – przekleństwo czy bogactwo?*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.

Dąbrowski, K. (1986). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza powszechna.

Dąbrowski, K. (1996). *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego.* Warszawa: PWN.

De Boysson-Bardies, B. (1993). *Ontogeny of language specific sylabicznej production*. [w:] B. de Boysson-Bardies, S. de Schoen, P. Jusczyk, P. F. Mac-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Neilage, J. Morton (red.). *Developmental neurocognition: Speech and face progressing in de first year of life*. Kluwer Academie Publishers, s. 353–363.

De Houwer, A. (2006). *Le developpment harmonieux ou non harmonieux du bilnguisme de l'enfant au sein de la famille*. „Langage& sociètè", nr 116, s. 29–49.

Duszak, A. (1998). *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*, Warszawa: PWN.

Ervin-Tripp, S. M., Osgood, Ch. E. (1986). *Zweitspachenerwerb und Bilingualismus*. [w:] J. Raith, R. Schulze, K. H. Wandt (red.). *Grundlagen der Mehrsprachigkeitsforschund,* Stuttgart: Franz Steiner Verlag Wiesbaden GmbH, s. 12–18.

Fisiak, J. (1985). *Wstęp do współczesnych teorii lingwistycznych.* Warszawa: WSiP.

Gadamer, H. (1993). *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*. Kraków: Interesse.

Grabias, S. (1997). *Język w zachowaniach społecznych.* Lublin: UMCS.

Grosejean, F. (1993). *Le bilinguisme et Le biculturalisme*, Essai de definitione. *Tranel,* nr 19, s. 13–41.

Grucza, F. (1993). *Język, ludzkie właściwości językowe, językowa zdolność ludzi*. [w:] J. Piontek, A. Wiercińska (red.). *Człowiek w perspektywie ujęć biokulturowych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 25–45.

Haugen, E. (1987). *Blessings of Babel. Biliggualusm and Language Planning*. Berlin: Mouton de Gruyter.

Hèlot, Ch. (2007). *Du bilinguisme en famille au plurilinguisme à l'ècole.* Paris: L' Harmattan.

Hilgard, E. R. (1980). *The trilogy of mind: Cognition, affection, and conation*. „Journal of the History of the Behavioral Sciences", 16, s. 107–117.

Humboldt, W., von (2001). *Rozmaitość języków a rozwój umysłowy ludzkości.* tłum. E. M. Kowalska. Lublin: KUL.

Humboldt, W., von (2002). *O myśli i mowie – wybór pism z teorii poznania, filozofii dziejów i filozofii języka.* tłum. E. M. Kowalska. Warszawa: PWN.

Hymes, D. (1980). *Socjolingwistyka i etnografia mówienia*. [w:] M. Głowiński (red.). *Język i społeczeństwo.* Warszawa: Czytelnik.

Jakobson, R. (1989). *W poszukiwaniu istoty języka*. Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Jonekeit, S., Kielhöfer, B. (1995). *Zweirachige Kindererziehund*. Tübine: Stauffenburg Verlag.

Kendler, M. (2008). *Dwujęzyczność – dobrodziejstwa czy przekleństwo?*. <http:/ logopeda.pl/ PDF/2009 1 228 194105_119.pdf>

Krasowicz-Kupis, G. (2004). *Rozwój świadomości językowej dziecka.* Lublin: UMCS.

Kurcz, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: SCHOLAR,wyd.1, s. 176.

Kurcz, I. (2005). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Kurcz, I. (2007). *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kurcz, I. (1992). *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Kwarciak, B. (1995). *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej.* Kraków: UJ.

Kwaśnica, R. (1991). *Rzeczywistość jako byt sensu.Teza o językowym tworzeniu rzeczywistości*. [w:] J. Anusiewicz, J. Bartmiński (red.). *Język a kultura*, t. 1. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Lambert, W. E. (1956). *Developmental aspects of second- lanquage acquisition: Associational fluency, stimulus provocativeness, and word – order influence*. „Journal of Social Psychology", s. 15.

Lambert, W. E. (1982). *Die zwei Gesichter zweisprachiger Erziehung.* [w:] J. Swift (red.) *Bilinguale und Multiculturelle Erziehung.* Würzburg: Verlag Königshausen Neumann, s. 44–50.

Markowski, A. (red.). (2002). *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*. Warszawa: PWN, s. 751.

Miodunka W. T. (2003). *Bilingwalizm polsko-portugalski w Brazylii*, Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas".

Miodunka, W. T. (1990). *Moc języka i jej znaczenie w kontaktach językowych i kulturowych. Język jako wartość podstawowa kultury*. [w:] W. Miodunka (red.). *Język polski w świecie*. Kraków.

Natsoulas, T. (1981). *Basic problems of consciousness*. „Journal of Personality and Social Psychology", 41(1), s. 132–178.

Olpińska-Szkiełko, M. (2013). *Wychowanie dwujęzyczne w przedszkolu*. Warszawa: UW.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Perregaux, Ch. (1994). *Les enfants à deux voix, Des effets du bilinguisme sur l'apprentissage de la lecture*. Bern: Peter Lang.

Puzynna, J. (1992). *Język wartości*. Warszawa: PWN.

Rozencwajg, W. (1980). *Podstawowe zagadnienia teorii kontaktów językowych*. [w:] M. Głowiński (red.). *Język i społeczeństwo*. Warszawa: Czytelnik.

Saunders, G. (1982). *Biligual Children*, *Guidance for the Family*. Clevedon: Multilingual Matters Ltd.

Shugar, G.W., Smoczyńska M. (red). (1980). *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac*. Warszawa: PWN.

Skorupka, S. (red.). (1974). Auderska S. *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo UW, hasło: świadomość.

Sobol, E. (red). (1997). *Słownik wyrazów obcych*. Wydanie nowe. Warszawa: PWN.

Szymczak, M. (red). (1981). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.

Tarski, A. (1944). *The Semantical Concept of Truth and the Foundations of Semantics.* „Philosophy and Phenomenological Research", nr 4.

Tulving, E. (1985). *Memory and consciousness.* „Canadian Psychology", 26, s. 112.

Watson, I. (1992). *Phonological Processing in Two Languages*. [w:] E. Bialystok (red.). *Laguage Progressing in Bilingual Children*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 25–48.

Weinrich, U. (1974). *Lanque in Contact*. New York: Linqistic Circle of New York.

Whorf, B. L. (1982). *Język, myśl, rzeczywistość.* Warszawa.

Wróblewska-Pawlak, K. (2012). *Jedno- i dwujęzyczność z perspektywy neurolingwistyk*i. [w:] A. Dutka-Mańkowska, A. Kieliszczyk, E. Pilecka (red.). *Grammatcis unitis. Mèlanges offerts á Bohdan Krzysztof Bogacki*. Warszawa: UW, s. 337–344.

Wróblewska-Pawlak, K. (2013). *Naturalna dwujęzyczność czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci*. „Języki obce w szkole " Tom 1, s. 88–97: Haège (1996) s. 49.

Zgółka, T. (1980). *Język. Kompetencja. Gramatyka*. Poznań–Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Krzysztof Szamburski
Uniwersytet Warszawski
SPP-P TOP
Sylwia Zaręba
Uniwersytet Warszawski

Jąkanie rozwojowe a zaburzenia czynności językowych związanych z prawą półkulą mózgu

Progressive stuttering and linguistic dysfunctions associated with the right hemisphere

Streszczenie. Celem moich badań było sprawdzenie, czy egzekwowanie czynności odwoływanych do języka związanego z prawą półkulą w sztywnej przestrzeni mózgu przez jąkających różni się istotnie od ludzi mówiących płynnie. W badaniu wykorzystano polską wersję baterii RHLB autorstwa Karen Bryan, stworzoną do diagnozowania ilościowych i jakościowych zaburzeń komunikacyjnych, spowodowanych przez uszkodzenia po prawej stronie mózgu. Wynik uzyskany w jedenastu podtypach sprawdzono za pomocą testu t-studenta, aby zweryfikować znaczenie zaobserwowanych różnic.

Słowa kluczowe: jąkanie rozwojowe, lateralizacja ośrodków mowy, bateria RHLB, prawa półkula mózgu.

Abstract. The purpose of my study was to examine whether the executions of activities related to language associated with the right hemisphere of the brain by stutterers, differ significantly from people who speak fluently. The study used the Polish version of the battery RHLB by Karen Bryan, created for diagnosis of quantitative and qualitative communication disorders caused by the right side of brain damage. The results gained in the eleven battery subtests were checked using the t-Student test to verify the significance of the observed differences.

Keywords: stuttering, lateralisation of speech centers, RHLB battery, right hemisphere.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Cel badań

Celem pracy było zbadanie, czy realizacja czynności językowych związanych z prawą półkulą mózgu przez osoby jąkające się różni się istotnie od ich realizacji przez osoby mówiące płynnie. W badaniach posłużono się polską wersją baterii RHLB autorstwa Karen Bryan, stworzoną w celu diagnozy ilościowych i jakościowych zaburzeń komunikacyjnych powstałych na skutek prawostronnych uszkodzeń mózgu.

Po ponad stu latach ignorowania danych klinicznych i oryginalnych koncepcji teoretycznych, ukazujących relacje pomiędzy prawą półkulą mózgu a procesami językowymi, w latach 70. XX wieku rozpoczęły się badania nad funkcjami językowymi prawej półkuli. Stosując najnowsze techniki pomiaru pracy mózgu, prowadzi się zarówno eksperymenty na osobach zdrowych, jak i badania kliniczne na różnych populacjach chorych:

- z uszkodzeniami prawej półkuli,
- po usunięciu lewej półkuli mózgu (lewostronnej hemisferektomii) oraz
- z przeciętym spoidłem wielkim.

Rozwinęły się też gałęzie nauki, które zaproponowały nowe koncepcje języka i procesów porozumiewania się, szczególnie psycholingwistyka i psychologia poznawcza.

Poniżej zostanie przedstawiony opis podstawowych funkcji językowych i komunikacyjnych związanych z prawą półkulą mózgu. Jest to szczególnie istotne w obrębie niniejszego artykułu, gdyż to właśnie te funkcje są przedmiotem diagnozy w zastosowanej *Baterii Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu* (RHLB-PL). Podstawowe funkcje językowe i porozumiewania się w prawej półkuli obejmują procesy leksykalno-semantyczne oraz przetwarzanie złożonego materiału językowego prozodycznych aspektów mowy.

Procesy leksykalno-semantyczne odnoszą się do wiedzy na temat słów i obejmują ich aspekty fonetyczne, gramatyczne i semantyczne (znaczeniowe). Są one realizowane w obu półkulach mózgu, jednak wkład prawej półkuli jest dość swoisty. Prawostronne zaburzenia objawiają się:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

- trudnościami w rozumieniu niestereotypowych znaczeń słów i związków między słowami (np. relacji między antonimami),
- nieumiejętnością wykorzystania kontekstu językowego lub sytuacyjnego do zrozumienia ogólnego sensu tekstu (osoba taka nie potrafi czytać ze zrozumieniem ani poradzić sobie nawet z prostymi zadaniami leksykalno-semantycznymi),
- deficytami fonologicznymi (choć większość prac zgodnie pokazuje, że w zakresie kontroli nad funkcjami fonologicznymi dominuje półkula lewa),
- trudnością w rozumieniu zdań złożonych pod względem gramatycznym.

Komunikacja językowa wiąże się z czymś więcej niż tylko z umiejętnością rozumienia i przekazywania słów i ich prostych związków. Dotyczy wielu aspektów bardziej złożonych zjawisk: językowych, poznawczych i społecznych. Umiejętność **przetwarzania złożonych informacji językowych** obejmuje:

- rozumienie i tworzenie dyskursu,
- wyciąganie wniosków,
- integrację informacji,
- korzystanie z kontekstu,
- rozumienie informacji wieloznacznych,
- rozumienie wyrażeń metaforycznych i niedosłownych,
- rozumienie przekazu zabarwionego emocjonalnie,
- rozumienie humoru.

Prozodia zaliczana jest do niejęzykowych aspektów mowy, gdyż – tak jak słowa – jest ważnym nośnikiem informacji ważnych dla procesu komunikacji. Wśród czynników prozodycznych wymienia się: siłę dynamiczną, iloczas, intonację, tempo mówienia, pauzy, zmiany głośności, rytmiczność, wysokość tonu, tembr, akcent i melodię. Prozodię dzieli się na:

- lingwistyczną (językową), pozostającą w ścisłym związku ze strukturą wypowiedzi i obejmującą: akcent leksykalny na sylabę w słowie, akcent emfatyczny na słowo w zdaniu oraz intonację dla poszczególnych typów wypowiedzi (pytania, rozkazu i twierdzenia),

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– emocjonalną, odzwierciedlającą uczucia nadawcy komunikatu poprzez odpowiednią intonację wypowiedzi; jest ona w pewnym stopniu niezależna od komunikatu, np. smutną wiadomość można wypowiedzieć w sposób sugerujący radość lub złość.

Badania wykazały udział obu półkul w kontroli prozodii. Specyficzne deficyty z zakresu prozodii lingwistycznej występujące przy dysfunkcjach prawostronnych mózgu mogą obejmować zaburzenia w zakresie: rozumienia i ekspresji akcentu leksykalnego, różnicowania intonacji, rozumienia informacji językowych niesionych przez prozodię, a także braki w ekspresji mowy (wypowiedzi monotonne, pozbawione prawidłowej melodii i akcentu).

Zdolność prawidłowego korzystania z informacji prozodycznych ma duże znaczenie dla procesu komunikacji: pozwala trafnie interpretować treści dyskursu, lepiej rozumieć intencje i ogólny stan psychiczny rozmówcy. Niewłaściwa interpretacja tych informacji może mieć liczne negatywne konsekwencje dla dalszych kontaktów społecznych, procesu porozumiewania się i podejmowania określonych działań. Wciąż brak jednak jest jednej spójnej koncepcji wyjaśniającej mechanizmy powstawania różnych deficytów językowych i porozumiewania się, pojawiających się na skutek uszkodzenia prawej półkuli mózgu.

Zanim powstały metody eksperymentalnego badania zaburzeń językowych u chorych z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu, wielu klinicystów wykorzystywało metody przeznaczone do oceny afazji. Jednak pacjenci w większości poprawnie wykonywali testy dla osób z afazją. Dlatego z czasem zaczęto tworzyć metody bezpośrednio przeznaczone do diagnozy chorych z prawostronnymi lejami mózgu. Jedną z nowszych pozycji jest Bateria Testów do Oceny Funkcji Językowych Prawej Półkuli Mózgu (The Right Hemisphere Language Bartery – RHLB) z 1995 r. autorstwa Karen Bryan. Jej polska adaptacja dokonana przez Emilię Łojek (2000, 2007) w 2007 r. posłużyła do badań prowadzonych w latach 2008-2009 nad osobami jąkającymi się. W dalszej części rozważań zostanie przedstawiona zwięzła charakterystyka poszczególnych testów wchodzących w skład baterii.

Bateria RHLB-PL jest przeznaczona do pomiaru zaburzeń językowych w przypadku uszkodzeń prawej półkuli mózgu oraz do ujaw-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

niania deficytów językowych i pragmatycznych w sytuacji uszkodzenia obu półkul. Stanowią ją testy, które w pracach badawczych wykazały istotne deficyty językowe u chorych z lezjami prawej półkuli mózgu.

Poszczególne części polskiej wersji baterii to:

1. Test Wnioskowania.
2. Test Leksykalno-Semantyczny.
3. Test Humoru.
4. Test Komentarzy.
5. Test Metafor Rysunkowych.
6. Test Metafor Pisanych.
7. Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych.
8. Test Wyjaśnień Metafor Pisanych.
9. Test Prozodii Emocjonalnej.
10. Test Prozodii Językowej.
11. Analiza Dyskursu.

Testy te zostały opracowane w serii badań nad osobami zdrowymi i po uszkodzeniach mózgu. Trafność, rzetelność i inne wskaźniki statystyczne były sprawdzane na dużych grupach chorych z uszkodzeniami prawej i lewej półkuli. Metody zaprojektowano w taki sposób, aby były przenośne oraz proste i szybkie w użyciu. Jak wielokrotnie podkreśla autorka polskiej wersji baterii RHLB, wykorzystany do badań zestaw testów jest przede wszystkim narzędziem klinicznym do oceny sprawności umysłowej chorych z prawostronnymi dysfunkcjami mózgu. Wskaźniki zarówno trudności, jak i mocy dyskryminacyjnej zadań baterii są bardzo niskie w przypadku osób zdrowych.

Cel badań

Celem obecnych badań było sprawdzenie za pomocą baterii RHLB, czy:

- wyniki uzyskane w obu grupach są różne,
- istnieją różnice w wykonaniu testów baterii RHLB przez kobiety i przez mężczyzn, zarówno w grupie osób mówiących płynnie, jak i w grupie osób jąkających się,
- funkcjonowanie prawej półkuli mózgu osób jąkających różni się od jej funkcjonowania u osób mówiących płynnie,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

– istnieją podobieństwa w realizacji funkcji językowych przez osoby jąkające się i przez – osoby z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu.

W celu weryfikacji istotności uzyskanych różnic otrzymane wyniki zostały sprawdzone testem t-Studenta.

Opis przebadanych grup

Baterią RHLB-PL przebadano 35 osób zdrowych w wieku od 16 do 56 lat (średnia wieku wyniosła: 25,20, odchylenie standardowe: 6,35). Osoby badane były w większości studentami lub miały już jakiś stopień naukowy (89%), nie miały żadnych zauważalnych trudności z mową, żadna z nich nie pamięta, by ktoś z rodziny wspominał o wystąpieniu u niej w młodości problemów z jąkaniem fizjologicznym. W większości były to osoby praworęczne (31 osób, czyli 88,6%) z wyjątkiem 2 osób leworęcznych i 2 oburęcznych (z których jedna była w dzieciństwie leworęczna i zmuszana przez otoczenie do używania „poprawnej" prawej ręki). Nadreprezentacja kobiet była znaczna – stanowiły dużo ponad połowę tej grupy, bo aż 63% (22 osoby). Struktura grupy jest więc pod wieloma względami różna od struktury populacji (54,7% kobiet, 13% z wyższym wykształceniem).

Zbadane osoby jąkające się miały od 16 do 53 lat (średnia wieku: 27,03, odchylenie standardowe: 7,41). Identycznie jak w grupie porównawczej 89% z nich miało wykształcenie wyższe lub było studentami pierwszych lat. Problemy z jąkaniem pojawiły się u nich głównie we wczesnym dzieciństwie, choć czasem były uświadamiane dopiero pod koniec szkoły podstawowej.

Wszystkie osoby od dłuższego czasu uczęszczały na terapię jąkania w pobliskich placówkach psychologicznych. Znów podobnie do osób z grupy porównawczej prawą rękę dominującą posiadało 31 osób, pozostałe 4 osoby zaś były oburęczne z dominacją ręki lewej (3 z nich były w dzieciństwie „przestawiane" na rękę prawą). Kobiety stanowiły 10%, czyli struktura tej grupy zbliżona była pod względem płci do statystycznej populacji osób jąkających się. Zachowano kwotowy dobór obu grup pod względem wieku – starano się łączyć badanych w „pary" tak, by na

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

każdą osobę jąkającą się przypadała inna w podobnym wieku mówiąca płynnie. Nie udało się takiej symetrii zachować z uwzględnieniem płci i wykształcenia.

Wynik Ogólny baterii jest najsilniejszym wskaźnikiem dysfunkcji mózgowych, a rezultaty w poszczególnych testach wskazują na swoiste problemy językowe i komunikacyjne badanej osoby.

Analiza ogólna

Wynik Ogólny to kolejny wskaźnik ilościowy stanowiący sumę wyników z 11 miar baterii RHLB-PL. Jest on (tak jak i w 9 z 11 testów składowych) istotnie niższy u osób jąkających się niż u osób zdrowych. Średni *Wynik Ogólny* osób jąkających się jest niższy niż średni *Wynik Ogólny* osób z grupy porównawczej o ok. 12,6 punktu. Jest to różnica duża i dająca prawie 100% pewności istotności statystycznej. Tabela 1 zestawia wartości osiągniętych wyników. Maksymalny możliwy wynik to 110 punktów (w każdym z 11 testów można otrzymać 10 punktów stenowych). *Wynik Ogólny* stanowi przede wszystkim wskaźnik do diagnozy organicznej, czyli różnicowania osób z dysfunkcjami i bez dysfunkcji mózgu. Osoby zdrowe z przebadanej próby osiągnęły rezultat średni prawie 97 punktów. Jest to wynik znacznie powyżej granicy uznanej za charakterystyczną dla chorych z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu. Według informacji podawanej przez Emilię Łojek o występowaniu u osoby badanej specyficznych zaburzeń językowych związanych z nieprawidłowościami funkcjonowania prawej półkuli mózgu świadczy *Wynik Ogólny* niższy niż 70 punktów (a więc wynik 6 sten i poniżej). Wśród przebadanych osób jąkających się wynik taki uzyskało 5 osób (14%).

Wynik maksymalny osiągnęła tylko jedna osoba z grupy porównawczej i żadna z osób jąkających się. Wartość wskaźnika istotności *p* praktycznie równa zeru wyliczona w teście studenta oznacza, że z niemal 100% pewnością możemy stwierdzić, iż różnice między grupami osób jąkających się i zdrowych nie są dziełem przypadku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Tabela 1. Średnia liczba punktów uzyskanych w *Wyniku Ogólnym* przez osoby jąkające się i zdrowe

Średnie Wyniki Ogólne							
	Maksymalna liczba punktów	Średnia liczba uzyskanych punktów	Odchylenie standardowe	Procent odpowiedzi dobrych	t-test	Minimal na liczba uzyskanych punktów	Maksymalna liczba uzyskanych punktów
Osoby zdrowe	110	96,86	7,39	88%	0,00000000284	78	110
Osoby jąkające się	110	84,26	11,98	77%		54	103

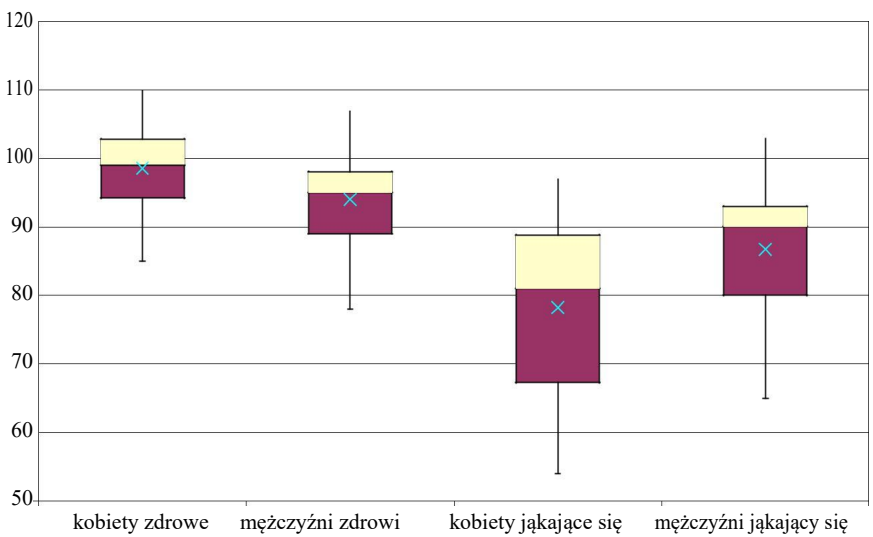
W związku z tym, że *Wynik Ogólny* jest już wynikiem stenowym, otrzymane wyniki można też ocenić według ogólnej 10-punktowej skali, zgodnie z którą uznaje się: wyniki 1 i 2 za bardzo niskie, 3 i 4 – za niskie, 5 i 6 – za średnie, 7 i 8 – za wysokie, a 9 i 10 – za bardzo wysokie. Osoby z grupy porównawczej otrzymały w większości wynik bardzo dobry (80%) i dobry (20%). Osoby jąkające się najczęściej wypadały dobrze (49%), rzadziej bardzo dobrze (34%) i czasem średnio (17%). Nie odnotowano wyniku słabego ani bardzo słabego w żadnej z grup, co zdarzało się w przypadku rozwiązywania testów przez osoby z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu. Świadczy to o ogólnym słabszym wykonaniu całego testu przez osoby z problemem płynności mowy, jednak zaobserwowane ubytki są wciąż wysoko ponad granicą charakterystyczną dla osób ze stwierdzonymi prawostronnymi dysfunkcjami mózgu.

W grupie osób zdrowych kobiety wypadają w teście lepiej (średnio 98,55) niż mężczyźni (średnio 94 punkty). W przypadku osób jąkających się – to mężczyźni uzyskują dużo wyższy wynik (prawie 87 punktów) niż kobiety (średnio 78 punktów). Na podstawie tych informacji możemy stwierdzić, że jąkanie bardziej upośledza czynności językowe kobiet niż mężczyzn. Znamienne, że zarówno najwyższy, jak i najniższy *Wynik Ogólny* uzyskany w badaniu należał do kobiety: pierwszy (110 punktów) do kobiety zdrowej, drugi (54 punkty) do kobiety jąkającej się. Niemniej jednak nie stwierdzono istotnego wpływu płci na *Wynik Ogólny*. Współczynniki istotności różnicy uzyskane w teście t-Studenta są wyższe od 0,05 w obu badanych grupach, nie można więc wyklu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

czyć przypadkowości uzyskanych różnic. Natomiast zarówno w przypadku wzajemnego porównywania obu grup mężczyzn, jak i obu grup kobiet, uzyskane różnice są istotne statystycznie. Różnica między kobietami zdrowymi i jąkającymi się jest dużo większa (poziom ufności 99,99999%) niż w przypadku mężczyzn (poziom ufności 99,987%).

Wykres 1, „pudełek z wąsami", wymaga krótkiego omówienia. Przedstawia on graficznie rozpiętość danych w ramach danej grupy i ułatwia szybkie porównanie i wychwytywanie różnic pomiędzy zestawami danych. Jest to rysunek prostokąta, którego dolny i górny bok odpowiadają odpowiednio pierwszemu i trzeciemu kwartylowi. Pro-



Wykres 1. Wykresy „pudełek z wąsami" (ang. *Box and Whiskers*) dla Wyniku Ogólnego z podziałem na płeć i występowanie jąkania

stokąty podzielone są na dwie części – powyżej (żółtą) i poniżej (bordową) mediany (najbardziej typowego wyniku). Im wyższy prostokąt, tym większa rozpiętość (zróżnicowanie) danych. Górnym i dolnym wąsem w postaci wąskiej nitki oznaczono najmniejszą i największą wartość uzyskanych wyników. Niebieskie krzyżyki ilustrują pozycję średniego wyniku w danej grupie. Na wykresie tym widoczna jest znacznie większa rozpiętość wyników osób jąkających się, zwłaszcza kobiet.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Osoby zdrowe osiągnęły wyniki mniej zróżnicowane i ogólnie wyższe, zauważalny jest również zbliżony stopień zróżnicowania wyników u obu płci.

Wyniki przeliczone

Wyniki surowe zaprezentowane w poprzednim rozdziale świadczą o tym, że wykonanie poszczególnych zadań i testów baterii okazało się wyraźnie trudniejsze dla osób jąkających się. Analiza danych odnoszących się do poszczególnych pozycji testowych wykazuje, że zadania mają różny stopień trudności[106] i nie są według niego uporządkowane. Zbadanie wskaźników mocy dyskryminacyjnej dla poszczególnych zadań pozwoliło Emilii Łojek wykazać, jak dobrze dane zadanie mierzy badaną właściwość w porównaniu z resztą baterii. Jest to też sposób na określenie trafności otrzymanych wyników. Uwzględniając te oraz inne niezbędne wskaźniki, opracowano skalę zamiany wyników surowych na wyniki przeliczone stenowe.

Zamiana ta pozwala na sprowadzenie otrzymanych wyników do jednej skali i łatwiejsze ich porównywanie – liczba punktów surowych możliwych do zdobycia w poszczególnych testach jest różna, natomiast po przeliczeniu wyników surowych na przeliczone – w każdym z 11 testów można otrzymać maksymalnie 10 punktów stenowych). Orientacyjnie uznaje się, że przy 10-punktowej skali stenowej wyniki 1 i 2 są bardzo niskie, 3 i 4 niskie, 5 i 6 średnie, 7 i 8 wysokie, a 9 i 10 – bardzo wysokie.

Tabela 2 i 3 przedstawiają wyniki stenowe otrzymane w poszczególnych testach przez osoby z obu grup. Jeśli nie brać pod uwagę Testu Komentarzy (który – ze względu na specyfikę – uznaliśmy za niemiarodajny w przypadku tych badań), osoby zdrowe najsłabszy wynik osiągnęły w *Teście Wyjaśnień Metafor Rysunkowych* – 77% poprawnych zachowań. W dalszej kolejności najwięcej problemów sprawiały: *Test Wnioskowania* i *Test Wyjaśnień Metafor Pisanych* (wynik 8 punktów stenowych). W pozostałych testach oraz w *Wyniku Ogólnym* osiągnięto średni wynik bardzo dobry – 9 lub 10 punktów stenowych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wyniki przeliczone osób jąkających się są – tak jak i wyniki surowe – niższe we wszystkich testach poza Testem Komentarzy. Podobnie jak w poprzedniej grupie, najsłabszy wynik osiągnięto w *Teście Wyjaśnień Metafor Rysunkowych* i w *Teście Wnioskowania* – według skali stenowej są to wyniki średnie. Tylko *Test Metafor Pisanych* wyszedł ogólnie bardzo dobrze, a pozostałe – dobrze (7-8 stenów). Zgodnie z oczekiwaniami wyniki przeliczone odwzorowują wyniki surowe, jednak po przeliczeniu na steny poziom trudności poszczególnych zadań trochę się zmienia. Według informacji podawanej przez Emilię Łojek o występowaniu u osoby badanej specyficznych zaburzeń językowych związanych z nieprawidłowościami funkcjonowania prawej półkuli mózgu świadczy *Wynik Ogólny* równy 6 sten i poniżej. Wśród 35 osób jąkających się aż 6 mieści się w tym przedziale (17%), natomiast średnio grupa uzyskała wynik na poziomie nieco poniżej 8 stenu.

Tabela 2. Poprawność wykonania baterii RHLB-PL w grupie osób zdrowych – średnie wyniki przeliczone

	Osoby bez problemów z jąkaniem – wyniki przeliczone				
	Maksymalna liczba punktów	Średnia	Wynik stenowy	Odchylenie standardowe	Procent odpowiedzi dobrych
Test Wnioskowania	10	8,11	dobry	1,62	81%
Test Leksykalno-Semantyczny	10	9,06	bardzo dobry	1,76	91%
Test Humoru	10	9,09	bardzo dobry	1,70	91%
Test Komentarzy	10	6,83	średni	3,29	68%
Test Metafor Rysunkowych	10	9,66	bardzo dobry	0,91	97%
Test Metafor Pisanych	10	10,00	bardzo dobry	0,00	100%
Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych	10	7,69	dobry	2,34	77%
Test Wyjaśnień Metafor Pisanych	10	8,71	dobry	1,93	87%
Test Prozodii Emocjonalnej	10	9,09	bardzo dobry	1,07	91%
Test Prozodii Językowej	10	9,57	bardzo dobry	0,88	96%
Analiza Dyskursu	10	9,06	bardzo dobry	1,37	91%
Wynik ogólny	10	9,37	bardzo dobry	1,00	94%

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Tabela 3. Poprawność wykonania baterii RHLB-PL w grupie osób jąkających się – średnie wyniki przeliczone

	Osoby jąkające się – wyniki przeliczone				
	maksymalna liczba punktów	średnia	wynik stenowy	odchylenie standardowe	procent odpowiedzi dobrych
Test Wnioskowania	10	6,86	średni	1,90	69%
Test Leksykalno-Semantyczny	10	8,31	dobry	2,11	83%
Test Humoru	10	7,74	dobry	2,50	77%
Test Komentarzy	10	7,60	dobry	2,90	76%
Test Metafor Rysunkowych	10	8,23	dobry	2,24	82%
Test Metafor Pisanych	10	9,23	bardzo dobry	2,06	92%
Test Wyjaśnień Metafor Rysunkowych	10	6,66	średni	2,25	67%
Test Wyjaśnień Metafor Pisanych	10	7,40	dobry	2,60	74%
Test Prozodii Emocjonalnej	10	7,57	dobry	1,67	76%
Test Prozodii Językowej	10	8,43	dobry	1,80	84%
Analiza Dyskursu	10	6,23	średni	1,75	62%
Wynik ogólny	10	7,86	dobry	1,54	79%

Podsumowanie wyników

Jak wielokrotnie podkreśla autorka polskiej wersji baterii RHLB, wykorzystany do badań zestaw testów jest przede wszystkim narzędziem klinicznym do oceny sprawności umysłowej chorych z prawostronnymi dysfunkcjami mózgu. Wskaźniki zarówno trudności, jak i mocy dyskryminacyjnej zadań baterii są bardzo niskie w przypadku osób zdrowych. Zgodnie z oczekiwaniami w grupie osób jąkających się wystąpiły trudności w rozwiązywaniu poszczególnych zadań, co potwierdza zasadność użycia przeze mnie baterii RHLB-PL do przeprowadzonych badań. Wartość diagnostyczna tego narzędzia nie ogranicza się więc tylko do osób z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu – obniżone (w porównaniu do osób zdrowych) wyniki mogą sygnalizować wystąpienie innych dysfunkcji neurologicznych, mających wpływ na sprawność funkcji językowych i komunikacyjnych osoby poddanej badaniu. W przypadku dwóch grup osób: jąkających się i zdrowych udało mi się wykazać, że:

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

1. Wyniki uzyskane w obu grupach są istotnie różne i dużo słabsze u osób jąkających się. W siedmiu na jedenaście testów można z niemal 100% pewnością odrzucić przypadkowość uzyskanych różnic. Przedstawione powyżej dane dowodzą różnicy w realizacji funkcji językowych, za które odpowiedzialna jest prawa półkula u osób jąkających się i u osób z grupy porównawczej.
2. Kobiety mówiące płynnie w dziewięciu na jedenaście testów wypadły lepiej niż mówiący płynnie mężczyźni, jednak zaobserwowane różnice nie są statystycznie istotne. Natomiast w grupie osób jąkających się we wszystkich podtestach to kobiety uzyskały dużo niższe wyniki i aż w pięciu przypadkach są to różnice znaczące. Porównując liczbę punktów uzyskanych przez same kobiety, uzyskujemy różnice istotne statystycznie aż w 9 podtestach, a w przypadku mężczyzn różnice te są dużo mniejsze i zwykle nieistotne. Oznacza to, że jąkanie – choć znacznie rzadziej występuje u kobiet – jest u nich dużo bardziej dotkliwe i wiąże się z dużymi deficytami językowymi, prowadząc do poważnych utrudnień w codziennej komunikacji.
3. Ponieważ bateria RHLB-PL wykrywa i diagnozuje zaburzenia językowe i komunikacyjne będące efektem prawostronnych dysfunkcji mózgu, uzyskane wyniki dostarczają przesłanek do stwierdzenia, że funkcjonowanie prawej półkuli mózgu osób jąkających się różni się od funkcjonowania mózgu osób mówiących płynnie.
4. Przedstawione wyżej zestawienia porównawcze ukazują małe podobieństwo wyników osiągniętych przez osoby jąkające się i przez osoby z uszkodzeniami prawej półkuli mózgowej. Nie ma więc podstaw do przyjęcia hipotezy, że jąkanie wiąże się z uszkodzeniami mózgu.

Badania nad związkiem dysfunkcji prawej półkuli mózgu z jąkaniem nie doczekały się jeszcze należnego naukowego opracowania i próba napisania pracy na ten temat była dość precedensowym przedsięwzięciem. Mamy nadzieję, że zaproponowane nowe spojrzenie na problem jąkania doczeka się wkrótce licznych zwolenników i kontynuatorów.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

W artykule starano się wykryć i zbadać różnice w realizacji czynności językowych związanych z prawą półkulą mózgu przez osoby jąkające się i mówiące płynnie. Z analiz i badań wynika, że średnio osoby jąkające się wypadają znacząco słabiej w siedmiu na jedenaście testów (prawie 64%). Ponieważ *Test Komentarzy* odrzuciliśmy jako nieprzydatny w tym przypadku, proporcje te wzrastają nawet do 70% (w siedmiu zadaniach na dziesięć można z niemal 100% pewnością odrzucić przypadkowość słabszego wyniku otrzymanego przez osoby jąkające się). Wyniki badań dowodzą różnicy w realizacji funkcji językowych, za które odpowiedzialna jest prawa półkula u osób jąkających się. Jednak porównanie tych wyników z wynikami osób z uszkodzoną prawą półkulą mózgu nie daje podstaw do tego, by doszukiwać się powiązania jąkania z nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu – różnice są zbyt duże, a podobieństwa zbyt małe.

Analizy wykazały też odmienną realizację czynności językowych badanych przez testy baterii RHLB w zależności od płci. Kobiety mówiące płynnie zazwyczaj wypadają nieco lepiej niż mówiący płynnie mężczyźni. Natomiast w grupie osób jąkających się we wszystkich podtestach to kobiety uzyskały dużo niższe wyniki i aż w pięciu przypadkach są to różnice statystycznie istotne. Różnice między rezultatami kobiet jąkających się i kobiet z grupy kontrolnej są dużo większe niż pomiędzy wynikami mężczyzn z obu grup, zawsze jednak osoby zdrowe wypadają lepiej. Oznacza to, że jąkanie wiąże się z pewnymi neurologicznymi deficytami językowymi, dużo większymi u kobiet niż u mężczyzn. Natura tych deficytów nie jest jeszcze wystarczająco zbadana.

Jąkanie jest bardzo złożonym problemem, powstającym nie tylko na tle psychicznym czy nerwowym. Współczesny stan wiedzy na temat mózgowych mechanizmów mowy pozwala na poszukiwania przyczyn jąkania w zmianach strukturalnych i nieprawidłowościach funkcjonowania mózgu. Nietypowa, w porównaniu z mową płynną, aktywność kory mózgowej podczas jąkania została opisana w licznych pracach. Potwierdzono też hipotezę zakładającą związek jąkania z prawostronną nadaktywnością korowych obszarów ruchowych. Wraz z rozwojem wiedzy na temat funkcjonowania mózgu podaje się coraz bardziej szczegółowe propozycje wyjaśnienia tych nieprawidłowości. Dotych-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

czas nie przeprowadzano jeszcze badań statystycznych podobnych do moich, nie mogę wiec uzyskanych wyników odnieść do obserwacji innych badaczy. Mam nadzieję, że pojawią one wkrótce i przyniosą więcej szczegółowych obserwacji i wniosków odnośnie do zaproponowanego spojrzenia na problem jąkania.

Bibliografia:

Łojek, E., (2007). *Bateria testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli RHLB-PL. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Łojek, E., Skotnicka M., Bryan K. L., A battery of neuropsychological tests for the assessment of language disorders in right-brain-damaged patients: Preliminary results. *Polish Psycho-logical Bulletin* 2000, nr 31, s. 279–290.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Katarzyna Winiarska
Akademia Teatralna im. A. Zelwerowicza, Warszawa

Czy warto uczyć się emisji głosu?

Is it worth it to learn voice projection?

Streszczenie. W dobie mikrofonów i mikroportów wiele osób zastanawia się, czy warto uczyć się emisji głosu. Mikrofon przecież wzmocni głos, nie musimy mówić donośnie. Akustyk uszlachetni naszą barwę, doda trochę „sopranów" albo „basów" i głos stanie się bardziej przyjemny. Może gorzej z dykcją – mikrofon jeszcze bardziej uwydatni złą wymowę i może stać się ona zupełnie nieczytelna dla słuchaczy. Wzmacnianie głosu za pomocą techniki to przydatny sposób, ale co zrobić, gdy nasz głos jest zmęczony, a ciało odmawia współpracy po dłuższym mówieniu lub śpiewaniu? Wydaje się, że wystarczy odpocząć. Kłopot pojawia się wtedy, gdy mówimy/śpiewamy ciągle w ten sam, niepoprawny sposób i w konsekwencji „dopada nas" choroba, taka jak niedomykalność więzadeł głosowych, a w następnym etapie guzki śpiewacze. Wtedy dźwięk jest niepełny, wręcz może się nie pojawić, wydobywamy z siebie sam strumień powietrza, przypominający świst albo chuch – zarówno w mowie, jak i w śpiewie. Przy nieprawidłowej emisji głosu dolegliwości te, mimo wyleczenia, powracają. Większość lekarzy foniatrów czy laryngologów foniatrów, oprócz leczenia, zaleca zrealizowanie recepty „pomoże dobra emisja". Ale co to znaczy? Jak to zrobić? I tu niezbędne są zajęcia z emisji głosu. Szukamy nauczyciela, który pomoże nam „dobrze mówić/śpiewać".

Słowa klucze: głos, emisja głosu, metody pracy nad głosem.

Summary. In this day and age of technological advancement, many are hesitant whether voice emission training is worth their time. After all, technology has the ability to smoothen our timbre, tweak our tones, and overall make it more pleasant. However, it also amplifies bad diction and it cannot aid us in erroneous voice technique that may lead to illnesses (afflictions of the vocal chords, etc). In these cases, doctors prescribe voice emission classes as the remedy.
In my many years of teaching, it is my experience that people seek out teachers to guide them how to use their voices correctly while preserving their natural sound. Our personal voices are inextricable from our identities and yet some people are estranged from their personal voices. It is the teacher's goal to guide these students in their search for their own voices, how to use them in order to produce resounding,clear, healthy and pleasant sounds. No two teachers and students are alike, and therefore it is necessary that classes be individualized. In this article

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

I present my approach which involves sensitizing students to three key factors: breathing, body, articulation (or, quality of sound). My approach, which I call holistic, is about harmonizing these three key elements. My motto is simple: "Know your real voice".

Keywords: voice, voice, methods of working on the voice.

W mojej pracy wokalnej początkowo funkcjonowałam jako tzw. naturszczyk, czyli osoba bez profesjonalnego przygotowania. Korzystałam z własnych predyspozycji. Co prawda mój głos nie był nośny, ale nie sprawiało mi trudności osiąganie wysokich i niskich dźwięków. Śpiewałam bez wysiłku i czysto. Jednak zależało mi, aby nauczyć się śpiewać profesjonalnie i dlatego podjęłam naukę śpiewania. Jej efekty były wręcz traumatyczne. Po dwóch latach nauki śpiewałam nieczysto, z wysiłkiem, z zaciśniętym gardłem, w żaden sposób nie wykorzystując naturalnych umiejętności, a jednocześnie nie będąc w stanie korzystać z tego, co próbowali mi przekazać pedagodzy. Dopiero na ostatnim etapie nauki spotkałam nauczyciela, który – po pierwsze – zdiagnozował wszystkie moje błędy, a po drugie „nauczył mnie" ponownie mojego naturalnego, zdrowego sposobu śpiewania, wyposażając mnie w odpowiednie narzędzia. Tym nauczycielem była mgr Izabela Kacperczyk, wykładowca Średniej Szkoły Muzycznej II stopnia w Warszawie. Dzięki niej zainteresowałam się fenomenem, jakim jest ludzki głos. Następnym, ważnym w mojej pracy wokalnej etapem okazał się moment, gdy zapragnęłam wykorzystywać własne doświadczenia oraz wiedzę po to, by pomagać innym w zdrowym odnajdywaniu ich własnego brzmienia.

Taki był początek mojego myślenia pedagogicznego. Czas mijał. Już od 25 lat zajmuję się nauczaniem impostacji i emisji głosu w różnych środowiskach. W tym okresie miałam możliwość poznania i stosowania rozmaitych technik służących rozwijaniu umiejętności poprawnego posługiwania się głosem. Niektóre z technik, które stosowałam, sprawdzają się i stosuję do tej pory w mojej pracy dydaktycznej. Jednak w trakcie pracy, w miarę rosnącego doświadczenia i weryfikowania metod nauki impostacji, zajęłam się rozwijaniem własnego podejścia do kształcenia głosu. W sposób świadomy zaczęłam wykorzystywać wiedzę o wielowymiarowości człowieka oraz o złożoności zjawiska, jakim jest

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ludzki głos. Zarazem holistyczne pojmowanie człowieka przybliżyło mi sposób, w jaki chcę nauczać tego przedmiotu. Co więcej, w swojej pracy zawodowej wielokrotnie miałam do czynienia z osobami, które pragnęły mówić i śpiewać „ładnie". Jednak z powodu własnych przekonań, obaw, emocji, a także w wyniku popełnianych błędów nie umiały wydobyć ze swojego głosu tego, co najbardziej nośne czy ekspresyjne, albo po prostu „ładne". Zdarzały się osoby, które przeszły trening śpiewania, a jednak nie umiały wykorzystać uzyskanych od nauczycieli wskazówek. Powstało pytanie: z jakiego powodu osoby te nie umieją wykorzystać przekazywanej im wiedzy, podpowiedzi, wskazówek? Uderzyły mnie pewne podobieństwa dotyczące charakteru tych trudności. Dla ich potrzeb opracowałam własną ,holistyczną metodę nauczania impostacji

Pojęcie głosu i emisji/impostacji głosu

Elementarne znaczenie dla niniejszej rozprawy ma stwierdzenie o nieodzowności pracy z wykorzystaniem głosu w wielu zawodach. Przykładowo w dziedzinie wokalistyki, aktorstwa, dziennikarstwa telewizyjnego i radiowego, w pracy adwokata sądowego, nauczyciela, księdza, wskazane jest takie posługiwanie się głosem, aby w efektywny sposób przekazywać zamierzone treści, a jednocześnie zachować naturalność i sprawność głosową w jak najdłuższym okresie aktywności zawodowej. Istotne jest więc posiadanie kompetencji pozwalających przedstawicielom różnych zawodów troszczyć się o własny głos. Często jednak nauczanie impostacji (emisji) głosu, nawet przy zaangażowaniu dobrego nauczyciela, nie przynosi wystarczająco dobrych efektów.

O „głosie" większość autorów podręczników pisze jako o zjawisku fizycznym. Głos: mieszanka tonów i szumów, fala, jedna z funkcji krtani, ciąg głosek, instrument muzyczny, podstawowe narzędzie komunikacji, narzędzie do przekazywania emocji, sposób wywoływania wrażeń estetycznych.

Według *Wielkiej encyklopedii powszechnej PWN* „głos" jest to:

> Naturalny instrument muzyczny człowieka: aerofon stroikowy, w którym rolę stroika podwójnego spełniają struny głosowe; w g. ludzkim wyróżnia

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

się: rozpiętość (np. ile oktaw obejmuje), skalę (zasięg konkretnych wysokości dźwiękowych), siłę (głośność) i tembr (barwę); zależnie od skali głosy solowe dzieli się na:

a) żeńskie: sopran, mezzosopran, alt, kontralt,

b) chłopięce: dyszkant, alt,

c)męskie: tenor, baryton, bas:…

W śpiewie artystycznym rozróżnia się w sposobie wydobywania głosu pewne rejestry; o śpiewaku, który dzięki należytemu wykształceniu stosuje właściwą emisję głosu, mówi się, że ma głos postawiony – w przeciwieństwie do głosu surowego, naturalnego: wyrazem traktowania głosu ludzkiego jako instrumentalnego są utwory muzyczne, w których głos ten, w formie wokalizy, występuje w roli powierzonej tradycyjnie instrumentom[1].

Emisja głosu to:

1) proces wydobywania głosu w śpiewie, na który składają się: wprowadzenie w drganie strun (więzadeł) głosowych przy współudziale oddechu, artykulacja samogłosek i spółgłosek oraz rezonans w przestrzeniach rezonacyjnych aparatu głosowego; wyrównana emisja jest cechą wykształconego głosu i polega na umiejętności łatwego i płynnego przechodzenia z jednego rejestru do drugiego, przy opanowaniu różnic dynamiki i barwy;

2) nauka kształtowania głosu śpiewaczego, uwzględniająca prawidłowość procesu emisyjnego w powiązaniu z wymaganiami artystycznej interpretacji[2].

Szkiełkowska w książce *Emisja głosu wskazówki metodyczne* ujmuje to tak:

[1] *Wielka encyklopedia powszechna PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1962.

[2] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

> Głos w aspekcie fizycznym jest rodzajem fali o określonych cechach fizycznych, rozprzestrzeniającej się w ośrodku materialnym i charakteryzującej stan środka (w przypadku głosu ludzkiego środkiem jest powietrze). Fala głosowa jest rodzajem fali podłużnej, która tworzy się wskutek kolejnych rozrzedzeń i zagęszczeń powietrza, o częstotliwościach słyszalnych dla człowieka[Mullin 2003]. Głos ludzki jest złożony z tonów składowych (zwanych też alikwotami lub harmonicznymi) o wymierzalnej częstotliwości drgań. Głos, jak każdą fale dźwiękową, można opisać określonymi parametrami fizycznymi (częstotliwość, natężenie, skład widmowy). Odpowiednikami cech fizycznych mogą być pewne odczucia subiektywne, będące wrażeniami słuchowymi danej osoby, określane jako cechy psychofizyczne głosu (głośność, wysokość, barwa)[3].

Emisja – według Władysława Kopalińskiego – jest to: „wydawanie głosu śpiewanego, operowanie głosem"[4].

Czesław J. Wojtyński w swojej książce *Emisja głosu* opisuje, czym jest emisja głosu:

> łac. *Emitto* = wysyłam, puszczam wolno; *emissio* = wypuszczenie – jest nauką i sztuką. Nauka, w której zakres wchodzą wszystkie problemy związane z procesem wydobywania głosu, zgodnie z prawami fizjologii oraz wymogami estetycznymi. Tymi elementami są: sprawność mięśni wdechowo-wydechowych podczas śpiewu, praca mięśni krtani, praca narządu artykulacyjnego oraz zdolność wysyłania impulsów ruchowych z odpowiednich pól kory mózgowej do mięśni krtani, a do strun głosowych w szczególności. …Jest także sztuką. Sztuką oddziaływania na ucznia, na jego psychikę, wyobraźnię muzyczną, na wszystko, co jest związane z procesem wydobycia głosu[5].

---

[3] A. Szkiełkowska, E. Kazanecka, *Emisja głosu wskazówki metodyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Muzycznego im. Fryderyka Chopina, Warszawa 2011.

[4] W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Rytm, Warszawa 2007.

[5] C. J. Wojtyński, *Emisja głosu*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1970.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

O impostacji głosu pisze: (*wł. Impostare la voce = ustawiać głos)* – „prawidłowe postawienie głosu. Całość środków, za pomocą których można uzyskać maksymalne działanie organów uczestniczących w emisji głosu”[6].

W większości metody nauczania emisji głosu można podzielić na cztery grupy:

- Oparte na mechanicznych ćwiczeniach wokalnych,
- Oparte na pracy z ciałem (ćwiczenia fizyczne),
- Metody psychologiczne, oparte na oddziaływaniach terapeutycznych,
- Metody oparte na świadomej pracy mięśni – Estill Voice Training.

W pierwszej kolejności za właściwe uważam omówienie koncepcji efektywnego uczenia się, zaproponowanej przez Colin Rose i Małgorzatę Taraszkiewicz. Ich zdaniem:

> Każdą metodę pracy można zdiagnozować pod względem jej sensoryczności, czyli ocenić, który kanał sensoryczny aktywizuje. Świadomość tego prowadzi do korzystania z różnych metod, unikania monotonii metodycznej i otwiera drzwi uczenia się dla wszystkich uczniów! Sam wykład uaktywnia kanał słuchowy. Wykład z pokazami, planszami, filmem dokłada aktywację kanału wzrokowego. Wykład dodatkowo uzupełniany poleceniami działania: narysuj, wykonaj, podejdź i dotknij, lub ćwiczeniami, które pomagają się uczyć angażują także słuchacza kinestetycznie. W ten sposób uczeń ma okazję zbudować określone doświadczenie w pełni – polisensorycznie. Warto wpajać uczniom, że uczymy się najlepiej, kiedy coś widzimy, słyszymy, wykonujemy to i odczuwamy. Wtedy wiedza i umiejętności utrwalają się ze wszystkich stron i osadzają na długo… Nauczyciele powinni mieć pełną świadomość własnych preferencji sensorycznych, aby nie narzucać własnego stylu uczenia się (w omawianym tu względzie) uczniom, którzy mają prawo do posiadania

[6] Ibidem.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

takiego stylu, jaki mają. Mają też prawo do uczenia się w profesjonalny, czyli polisensoryczny sposób – sprawiedliwy dla wszystkich uczniów[7].

Koncepcja Colin Rose i Małgorzaty Taraszkiewicz jest mi bardzo bliska, ponieważ moja metoda opiera się na holistycznym – całościowym pojmowaniu uczenia się – nauczania. Zgodnie z zasadami dydaktyki podawania i przyjmowania nowej wiedzy, zmiana w trakcie zajęć stylu podawania informacji, ułatwi uczniowi zorientowanie się, w jaki sposób przyswaja wiedzę najlepiej. Nie oznacza to rezygnacji z przedstawiania wiedzy w różnych stylach podających. Na bazie zdobytej w ten sposób wiedzy, o stylu uczenia się, dostosowuje komunikaty zgodne z indywidualnymi preferencjami moich uczniów

Metoda nauki emisji głosu

W dobie mikrofonów i mikroportów wiele osób zastanawia się, czy warto uczyć się emisji głosu. Mikrofon przecież wzmocni głos, nie musimy mówić donośnie. Akustyk uszlachetni naszą barwę, doda trochę „sopranów" albo „basów" i głos stanie się bardziej przyjemny. Może gorzej z dykcją – mikrofon jeszcze bardziej uwydatni złą wymowę i może stać się ona zupełnie nieczytelna dla słuchaczy.

Wzmacnianie głosu za pomocą techniki to przydatny sposób, ale co zrobić, gdy nasz głos jest zmęczony, a ciało odmawia współpracy po dłuższym mówieniu lub śpiewaniu? Wydaje się, że wystarczy odpocząć. Kłopot pojawia się wtedy, gdy mówimy/śpiewamy ciągle w ten sam, niepoprawny sposób i w konsekwencji „dopada nas" choroba, taka jak niedomykalność więzadeł głosowych, a w następnym etapie guzki śpiewacze. Wtedy dźwięk jest niepełny, wręcz może się nie pojawić, wydobywamy z siebie sam strumień powietrza, przypominający świst albo chuch – zarówno w mowie, jak i w śpiewie.

Przy nieprawidłowej emisji głosu dolegliwości te, mimo wyleczenia, powracają. Większość lekarzy foniatrów czy laryngologów foniatrów,

[7] M. Taraszkiewicz, C. Rose, *Atlas efektywnego uczenia się*, Transfer learning, Warszawa 2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

oprócz leczenia, zaleca zrealizowanie recepty „pomoże dobra emisja". Ale co to znaczy? Jak to zrobić? I tu niezbędne są zajęcia z emisji głosu. Szukamy nauczyciela, który pomoże nam „dobrze mówić/śpiewać".

W swojej wieloletniej praktyce, jako nauczyciel emisji głosu, oprócz wokalistów, aktorów, nauczycieli, ludzi posługujących się mową wiele godzin dziennie, napotkałam wielu właścicieli zagubionych „chorych" głosów. Ludzie ci poszukują nauczycieli, którzy nauczą ich, jak prawidłowo posługiwać się dźwiękiem, przy zachowaniu naturalności jego brzmienia. Nie wszyscy jednak znają własny głos. Co to znaczy „własny głos"? Mówi się, że jedna z niewielu rzeczy, która się w nas nie zmienia, to głos. Stojąc tyłem i tylko słysząc osoby rozmawiające nieopodal, potrafimy rozróżnić naszych znajomych i dopasować głos do konkretnej osoby. Większość z nas rozpozna znane osoby ze środowiska kultury czy mediów: Krystynę Czubównę, Piotra Frączewskiego, Marię Czubaszek, Krystynę Jandę, Gustawa Holoubka, Tomasza Lisa…

Chcąc zachować, a czasem dopiero odkryć własne naturalne brzmienie, uczniowie poszukują nauczycieli, a nauczyciele starają się jak najlepiej przekazać swoją wiedzę i nauczyć, jak odnaleźć swój głos i w jaki sposób posługiwać się nim, żeby był nośny, czytelny, interesujący, zdrowy i przyjemny.

Nie ma dwóch takich samych nauczycieli prowadzących i dwóch takich samych uczniów, dlatego w nauczaniu emisji głosu stosuję zindywidualizowane podejście.

W niniejszym artykule skupiłam się na wybranych aspektach uwrażliwiania ucznia na pewne elementy oddechu, ciała, artykulacji. Proponuję im swój sposób pracy, wypracowany przez lata kod porozumiewania się z drugim człowiekiem. Jest to model, który nazywam holistycznym.

Myśląc „indywidualne podejście", biorę pod uwagę:

1. Osobowość człowieka – labilna (rozchwiana) emocjonalnie, czy spójna, stabilna? Obserwuję, gdzie może być/jest blokada.
2. Jakie są świadome lub nieświadome założenia danej osoby. Przede wszystkim dotyczy to przekonań na temat mowy/śpiewu, treści, stosunku do treści.
3. Obserwuję, jak zachowuje się ciało.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

4. Sposób mówienia/śpiewania a konstrukcja fizyczna tej osoby: szukanie spójności osoby z dźwiękiem.
5. Style uczenia się: wzrokowy, słuchowy, kinestetyczny.

Główne aspekty, na które w pierwszej kolejności zwracam uwagę, to: ciało, oddech, sposób posługiwania się dźwiękiem.

CIAŁO

Pełna kontrola nad zachowaniem ciała, swoboda i poczucie łączności z różnymi aspektami swojej fizyczności. Poczucie przyjemności, satysfakcji z działania, aktywności, świadomość współoddziaływania różnych elementów fizyczności, wyobraźni i emocji.

Często to, co dzieje się z ciałem podczas śpiewania czy mówienia, to efekt przywodzący na myśl obojętność lub – przeciwnie – napięcie i blokady. Mają one różny obraz: postawa kowboja, gdy biodra wysunięte są do przodu, a reszta ciała jest nienaturalnie wygięta do tyłu; inny przykład to stawanie na „spocznij", ale w niestabilny sposób, gdy brakuje prawdziwego kontaktu z gruntem i w każdej chwili ktoś może się przewrócić; jeszcze inny obraz to takie natężenie w mięśniach, że gotowość do śpiewania czy mówienia jest nieproporcjonalnie duża i tak naprawdę uniemożliwia swobodne wydawanie dźwięku. Czasem zdarza się, że ktoś prezentuje taką nadpobudliwość, że zanim pojawi się bodziec, on już na niego reaguje. To niezwykle zakłóca swobodne posługiwanie się własnym głosem.

Ważne jest uświadomienie sobie, co jest nie tak, że się męczymy, że nie jesteśmy w stanie swobodnie użyć dźwięku, że krtań nie reaguje prawidłowo, wszystkie napięcia w ciele (brzuch, szyja, kark) powodują, że naturalny dźwięk nie może się z nas wydobyć. Kto z nas nie próbował niemiłosiernie wyciągać szyi do przodu śpiewając wysoko, aby „dosięgnąć" do dźwięku albo przyciskać brodę do mostka, aby obniżyć emitowany dźwięk? Czy widzieliśmy wtedy, jak nabrzmiewają nam żyły, a twarz czerwieni się z wysiłku?

Recepta: w procesie uczenia się prawidłowej emisji dźwięku zaczynamy od świadomości swojego ciała, ale też od pozwalania mu, aby poczuło się dobrze, lekko, swobodnie, aby w śpiewaniu/mówieniu znalazło przyjemność.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ODDECH

Kontrola nad oddechem, skoordynowanie oddechu z rytmem ciała, podparcie oddechu wyobrażeniem działania, poczucie pewności w zarządzaniu oddechem, wydłużenie fazy wydechowej.

Emocje, sposób życia, a nawet sposób odżywiania się wpływają na to, jak oddychamy. Wszyscy na pewno doświadczyliśmy krótkiego, nerwowego oddychania przy silnej emocji, w stresie, po przejedzeniu, albo nadmiernie głębokiego wdechu przy ciężkiej, katorżniczej pracy. Takie oddychanie nie sprzyja harmonijnemu wydobywaniu dźwięku.

Wyobrażamy sobie, że im głębszy wezmę oddech, tym dłużej będę mówić/śpiewać. Jest to mylne. Przy zbyt głębokim wdechu nie jesteśmy w stanie wykonać żadnej czynności. Wyobraźmy sobie, że skoczek na linie kilkanaście metrów nad ziemią nagle nabiera głębokiego oddechu – natychmiast utraci równowagę i spadnie! Podanie komuś ręki czy postawienie kroku przy nabraniu zbyt głębokiego oddechu odczujemy jako sztuczne, blokujące. Oddech powinien być nabieraniem powietrza, a nie zasysaniem go. Używamy przy tym zarówno ust, jak i nosa. Żadną miarą nie oddychamy **tylko** przez nos albo **tylko** przez usta.

Oddech w jodze służy do kontemplacji. Dlatego często wydłużamy go i pogłębiamy. Oddech przy graniu na instrumencie dętym służy do wygenerowania dźwięku ze źródła, które znajduje się poza naszym ciałem. Bombardowani różnymi poradami na temat oddychania często próbujemy wygenerować niepotrzebne ciśnienie – wtłaczając oddech do samych trzewi, a potem wyciskając go przez krtań. Tworzy się w ten sposób nadmierne napięcie.

Recepta: wydech powinien przepływać swobodnie od dołu w górę i nie powinien być u góry blokowany, musimy pozwolić mu się wydobyć. Oddech przy śpiewaniu/mówieniu ma uruchomić źródło, które jest częścią nas – w każdym tego słowa znaczeniu. Wdech przechodzi tu płynnie w wydech, bez zatrzymania. Ma tylko przenieść drgania, sam w sobie nie zawiera dźwięku.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

JAKOŚĆ DŹWIĘKU

Swoboda w wydobywaniu dźwięku, panowanie nad jego dynamiką, ekonomiczne (higieniczne) wydobywanie dźwięku poprzez tzw. miękki atak, czyli nieforsowne rozpoczęcie frazy dźwiękowej.

W zależności od uwarunkowań fizycznych mamy głos niski lub wysoki. Jednak przy emitowaniu głosu wszyscy wykonujemy te same czynności.

Wydobycie pięknego, przyjemnego dźwięku wymaga wysłania go **do kogoś/czegoś.** Chodzi o to, aby nie słuchać tego, co brzmi w naszej głowie, gdy mówimy/śpiewamy. Trzeba słyszeć to, co tworzy się na zewnątrz nas, w przestrzeni przed nami, bo właśnie to dociera do naszego słuchacza. To jemu przekazujemy nasz dźwięk (powietrze wprawione w drgania) oraz treść, którą on ze sobą niesie.

Recepta: prawidłowo wydobyty dźwięk nie płynie wzdłuż naszego języka ani pod nim. Tworzy się wtedy, gdy rozedrgane powietrze odbija się od naszego **podniebienia (twardego)**. Nawet, gdy mówimy o tzw. rejestrze piersiowym lub głowowym, to i tak dźwięk tworzy się poprzez odbicie od podniebienia, jedynie ulega wzmocnieniu i przetworzeniu w klatce piersiowej lub w czaszce. Zasadnicza barwa naszego głosu się nie zmienia. Jednak na to, jak będzie on brzmieć, wpływają także nasze emocje, intencje, dykcja, umiejętność zawiadywania strumieniem powietrza. Dlatego głos czasem bywa szorstki, czasem miękki i ciepły. Odnajdywanie własnego głosu oznacza również pracę ze swoimi emocjami.

Poszukiwanie własnego głosu nie ma nic wspólnego z naśladowaniem pięknych dźwięków użytych przez innych. Są osoby, które potrafią do złudzenia naśladować wokalistów, polityków, aktorów. Jest to niezwykła umiejętność, jednak zawsze wiemy, że to nie jest oryginał. Nawet bliźnięta jednojajowe nie mają identycznych głosów – zawsze jest coś, co je wyróżnia, np. sposób, w jaki się śmieją czy płaczą.

Holistyczne nauczanie emisji głosu opieram na harmonizowaniu trzech opisanych tutaj czynników – ciała, oddechu, jakości brzmienia. Dobieram środki (techniki) do dominującego stylu uczenia się (percepcji) danej osoby, a więc uruchamiam wyobraźnię, czucie ciała i oddechu, doznawanie jakości wydobywanego dźwięku. Nie naprawiam

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

czegoś, jeśli to działa. Wspieram ucznia w świadomym używaniu własnego głosu, a poprzez to często widzę prawdziwe wzrastanie osoby, wzrost jej poczucia własnej wartości, satysfakcji i wiarygodności.

Recepta uniwersalna: poznaj swój prawdziwy głos.

Bibliografia

Kopaliński, W. (2007). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Warszawa Rytm.

Szkiełkowska, A., Kazanecka, E. (2011). *Emisja głosu wskazówki metodyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Muzycznego im. Fryderyka Chopina.

Taraszkiewicz, M., Rose, C. (2006). *Atlas efektywnego uczenia się*. Warszawa: Transfer learning.

Wielka encyklopedia powszechna (1964). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Wojtyński, C. J. (1970). *Emisja głosu*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Anna Pawluczuk
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy, Toruń

Słuch a rozwój mowy

Hearing and Development of Speach

Od dawna było wiadomo,
że to nie słowo stanowi punkt startowy dla nabywania mowy i języka,
ale umiejętność różnicowania słuchowego przez niemowlę.
(Grimm 1995)

Streszczenie. Prawidłowa funkcja i budowa aparatu słuchowego jest jednym z głównych czynników określających rozwój mowy dziecka i odbioru wrażeń akustycznych. Mówienie i rozumienie są uwarunkowane działaniem mózgu, układu artykulacyjnego i narządu słuchu. Utrata słuchu powoduje problemy z komunikacją, rozumieniem, systemem językowymi samokontrolą produkcji mowy. Typ zaburzeń słuchu ma duży wpływa na kondycję psychofizyczną dziecka. Mowa jest kluczem do pozyskiwania wiedzy. Co więcej, jest czynnikiem wpływającym na kształtowanie się osobowości, na komunikację społeczną w ten sposób słuch jest tak ważny, a jego zaburzenia zakłócają proces komunikacji.

Słowa klucze: mowa, budowa i funkcja ludzkiego ucha, zaburzenia słuchu, osoba z zaburzeniami słuchu, czas wystąpienia, etiologia, stopień, typ utraty słuchu.

Summary. The normal structure and function of the hearing organ is one of the main factors that determine the child's development of speech and the reception of various acoustic stimuli. Speaking and understanding are conditioned by the workings of brain, the articulatory system and the hearing organ. Hearing loss results in problems with communication, understanding of language system and self-control of speech production. Typology of hearing disorder has a big influence on the child's psychophysical conditions. The human speech is the key to knowledge acquisition. Moreover, it is an important factor that shapes one's personality and enables social communication. That is way the hearing is so important and its disorder disrupts the communication process.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Keywords: speech, structure and function of the human ear, hearing disorders, hearing- impaired person, time, etiology, degree, type of hearing loss.

Mowa, według Leona Kaczmarka, jest aktem w procesie porozumiewania się, jej istotą jest dźwiękowe przekazywanie i słuchowy odbiór informacji[1]. Z przyjęciem powyższej definicji wiąże się założenie, że mówienie i rozumienie są równoważnymi składnikami mowy[2]. Zdolność poprawnego mówienia jest głównym elementem w komunikacji społecznej. Kazimiera Krakowiak określa, że mówienie to nie tylko zdolność wytwarzania dźwięków mowy, posługiwania się słowami, czyli znakami językowymi. Nie wystarczy słyszeć dźwięki i prawidłowo artykułować głoski. Nie wystarczy powtarzać za rodzicami lub innymi osobami słów lub nawet całych zdań. Istotne jest trafne przypisywanie słowom odpowiednich znaczeń oraz poprawne rozpoznawanie sensu, czyli rozumienia wypowiedzi.

W mózgu okolica słuchu jest zlokalizowana w płatach skroniowych. Pierwszorzędna kora słuchowa jest miejscem odbioru bodźców słuchowych i otrzymuje je bezpośrednio od struktur korowych. Ze względu na to, że do każdej z półkul mózgowych dochodzi informacja z lewego i prawego ucha. Za rozumienie mowy odpowiadają okolice Wernickiego, które umiejscowione są w płacie skroniowym, który jest ośrodkiem słuchu. Odpowiadają za słuch fonematyczny, czyli analizę i syntezę mowy. Jest on niezbędny do rozpoznawania elementów mowy, a więc głosek, sylab, wyrazów i zdań, a także do czynności nadawania mowy.

Kolejnym ważnym elementem mózgu jest okolica Broca, zlokalizowana w przednim obszarze mowy, położonym w płacie czołowym, która kontroluje różnicowanie i rozpoznawanie bodźców językowych oraz rozumienie mowy słyszanej. Ośrodek ruchowy mowy, czyli okolica Broca w swoich czynnościach sekwencji i koordynacji ruchów narządów artykulacyjnych jest niezbędny do łączenia głosek w wyrazy i w zdania oraz do formułowania płynnych wypowiedzi. Okolice Wer-

[1] L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1982, s. 278.

[2] E. Słodownik-Rycaj, *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998, s. 8.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nickiego połączone są z okolicą Broca. Do wymienionych elementów mowy należy jeszcze dodać sprzężenie zwrotne, pochodzące z układu słuchowego, niezbędnego do kontroli wypowiadania słów. Z czynnością nadawania wiąże się umiejętność pisania, a z odbieraniem – zdolność rozpoznawania, czyli czytanie.

Zaburzenie słuchu fonematycznego powoduje brak stabilności wzorców słuchowych głosek, co przejawia się w trudnościach w różnicowaniu wyrazów podobnych brzmieniowo. Może to być przyczyną zaburzeń artykulacyjnych oraz trudności w nauce czytania i pisania. Wynika z tego, że deficyty w zakresie słuchu mogą wpływać na zaburzenia rozwoju mowy. Niewrażliwość na choćby jeden fonem powoduje jego nieprawidłową percepcję (odbieranie), a co za tym idzie – produkcję (wymawianie).

Warto raz jeszcze podkreślić, że słuch jest jednym ze zmysłów, który ma wielkie znaczenie dla rozwoju mowy. Istotna jest prawidłowa budowa i zasady funkcjonowania narządu, jakim jest ucho. W okresie prenatalnym narząd słuchu – ucho – kształtuje się bardzo wcześnie, a po urodzeniu jest całkowicie dostosowany do funkcjonowania i spełniania swojej roli. Między 4. a 5. miesiącem życia płodowego dziecko zaczyna reagować na bodźce akustyczne. Odbiera ono charakterystyczne cechy dźwięków na drodze pozaakustycznej (melodię, akcent, rytm i natężenie dźwięków). W ten sposób przyswaja sobie cechy prozodyczne mowy. Płód zaczyna słyszeć od 24. tygodnia życia płodowego, a w siódmym miesiącu słuchowo uczy się rytmu bicia serca matki. Szybko rozróżnia głosy lub muzykę czy inne dochodzące z zewnątrz dźwięki i reaguje na nie. Okres niemowlęcy to przede wszystkim rozwój umiejętności rozróżniania natężenia, wysokości, przebiegów melodycznych wypowiedzi oraz różnicowania słuchowego dźwięków mowy. Kolejny rok życia dziecka jest czasem odkrywania języka w zakresie semantyzacji dźwięków, a także doskonalenia słuchu fonematycznego. Trzeci rok życia, w którym dziecko opanowuje reguły gramatyczne języka zgodnie ze swoim rozwojem poznawczym, oznacza osiągnięcie zadowalającego poziomu rozwoju percepcji słuchowej dźwięków mowy[3].

---

[3] E. Muzyka-Furak, *Surdologopedia. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Lublin 2015, s. 74.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Narząd słuchu jest zaliczany do narządów zmysłu, który nie tylko umożliwia odbieranie dźwięków, ale odpowiada też za utrzymanie równowagi w czasie wykonywania codziennych czynności. Zmysł słuchu charakteryzuje się zdolnością do rejestracji fal dźwiękowych o określonej częstotliwości, rozpoznaje także kierunek, natężenie, ton i barwę danego dźwięku. W narządzie słuchu wyróżnia się dwa zasadnicze układy: układ przewodzący dźwięk, obejmujący ucho zewnętrzne i ucho środkowe oraz układ odbiorczy, w skład którego wchodzi ucho wewnętrzne[4].

Ucho zewnętrzne i środkowe odpowiadają głównie za słuch. Ucho wewnętrzne zawiera także elementy narządu słuchu i odpowiedzialne jest za równowagę. Grażyna Gunia wskazuje, że ze względu na funkcje słuchowe definiujemy ucho jako: obwodowy narząd, w którym wyróżniamy trzy części: ucho zewnętrzne, ucho środkowe i ucho wewnętrzne, czynnościowy układ: przewodzący i odbierający dźwięki[5].

Należy zwrócić również uwagę na istotny element, jakim jest ślimak, a dokładniej na właściwy narząd słuchu, czyli narząd Cortiego (narząd spiralny), który zawiera tysiące czuciowych komórek włoskowatych, przekształcających ruch (wywołany falą dźwiękową rozchodzącą się w płynie) na nerwowe impulsy elektryczne przekazywane następnie do mózgu[6]. Mózg ma za zadanie zinterpretować docierające impulsy elektryczne jako dźwięk, rozpoznając dodatkowo istotne cechy każdego z nich, czyli natężenie, wysokość, czas trwania i przerwy między nimi. W ten sposób mózg tworzy sobie unikalny akustyczny obraz każdego docierającego dźwięku. Zdolność ta pozwala na rozpoznawanie, różnicowanie dostarczanych dźwięków na poszczególne ich kategorie, czyli np. dźwięki mowy, muzyki itp.

---

[4] B. Szczepankowski, *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi – wyrównywanie szans,* Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, s. 69.

[5] G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 69.

[6] P. Ambrahams, *Fizjologia – wszystko co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 2010, s. 144.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Warto zwrócić jeszcze uwagę na korę słuchową. Jest obszarem w płacie skroniowym kory mózgu, który odbiera sygnały dźwiękowe, lecz poza tym jej zadaniem jest oddzielanie wielu od siebie dźwięków docierających w tym samym czasie, filtruje i analizuje, aby wytworzyć dającą się zrozumieć informację. Asocjacyjna kora słuchowa wykorzystywana jest do przetwarzania złożonych dźwięków wyłaniających się z wielu fal dźwiękowych nadchodzących w tym samym czasie. Jest to szczególnie istotne w rozpoznawaniu języka. Uszkodzenie tej części mózgu powoduje, że osoba odbiera dźwięki, ale nie jest w stanie ich zróżnicować[7], natomiast zniszczenie narządu Cortiego doprowadzi do całkowitej głuchoty.

Reasumując, ucho wewnętrzne pełni dwie podstawowe funkcje: błędniki odpowiadają za zachowanie równowagi, a część ślimaka, czyli narząd Cortiego, jest właściwym narządem odbiorczym słuchu.

Warto ponadto podkreślić, że fale dźwiękowe docierają do ucha drogą powietrzną i drogą kostną. Drogą powietrzną, określaną jako przewodnictwo powietrzne, dźwięk przenosi się przez małżowinę uszną, przewód słuchowy zewnętrzny, ucho środkowe oraz płyny ucha wewnętrznego i dociera do narządu spiralnego w uchu wewnętrznym. Drogą kostną, czyli inaczej drogą przewodnictwa kostnego, dźwięki przenosi się bezpośrednio do ucha wewnętrznego przez kość skroniową[8].

Narząd słuchu człowieka jest znakomicie zbudowany, potrafi doskonale spełniać swoją rolę w celu przekazywania i odbierania dźwięków, czego efektem jest prawidłowa ich interpretacja w mózgu. Dodatkowo przewodzi szeroki zakres informacji, bodźców dźwiękowych, a także w dużym stopniu gwarantuje poczucie bezpieczeństwa. Jego prawidłowe funkcjonowanie umożliwia dziecku nabywanie mowy i jej wszechstronnego rozwoju.

W chwili uszkodzenia narządu słuchu dochodzi do ograniczenia wrażliwości człowieka na bodźce akustyczne i jego zdolności do gromadzenia wiedzy drogą słuchową. Uszkodzenie słuchu takiego stop-

---

[7] Ibidem, s. 145.

[8] A. Kozołub, *Biomedyczne podstawy logopedii*, [w:] T. Gałkowski, J. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik Akademicki*, t. 1, Wydawnictwo UO, Opole 2003, s. 142.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nia, przy którym ograniczona jest wrażliwość na bodźce akustyczne o właściwościach charakterystycznych dla dźwięków mowy, wpływa na zdolność do wykonywania niektórych czynności językowych i komunikowania się językowego. Powodując ograniczenie słuchowej recepcji sygnałów mowy, utrudnia odbiór strumienia słów i rozumienia wypowiedzi ustnych. W niektórych przypadkach powoduje zaburzenia czynności mówienia, ponieważ ogranicza zdolność słuchowego kontrolowania wytwarzania dźwięków mowy[9].

Warto podkreślić, że typologia zaburzenia słuchu ma duży wpływ na uwarunkowania psychofizyczne funkcjonowania dziecka z uszkodzonym narządem słuchu. Określenie czasu, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu, jest szczególnie ważne ze względu na fakt, że każdy, nawet bardzo krótki okres sprawnego działania słuchu pozwala dziecku zdobyć pewne doświadczenie, które możne być pomocne w kształtowaniu się wyobrażeń i pojęć dotyczących dźwięków mowy[10]. Zwracając uwagę na wzajemne relacje między rozwojem mowy a czasem, w którym wystąpiło uszkodzenie słuchu, możemy wyróżnić trzy rodzaje uszkodzeń słuchu:

- prelingwalne,
- perlingwalne (interlingwalne),
- postlingwalne.

W uszkodzeniach prelingwalnym oraz perlingwalnym ubytek słuchu prowadzi nie tylko do utrudnienia i zakłócenia aktu komunikacji językowej, ale również do zaburzenia rozwoju języka dziecka[11]. Za uszkodzenie postlingwalne uznaje się uszkodzenia słuchu u osób dorosłych i młodzieży, a także u dzieci, które przed uszkodzeniem opanowały system językowy i osiągnęły umiejętności mówienia. W tych przypadkach ubytek słuchu jest przede wszystkim przyczyną utrudniania i zakłócania komunikacji językowej. Czasami jedynie wpływa na jakość realizacji dźwięków mowy, w ten sposób powodując zaburzenia głosu oraz wady wymowy.

---

[9] K. Krakowiak, *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu,* Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006, s. 7.

[10] Ibidem, s. 16.

[11] Ibidem, s. 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Istnieje wiele przyczyn powodujących zaburzenia w działaniu narządu słuchu. Do tych, które mogą uszkodzić ten narząd, w istotny sposób naruszając i ograniczając jego podstawowe funkcje, Szczepankowski zalicza czynniki: dziedziczne, obecne w okresie prenatalnym, obecne w okresie okołoporodowym, obecne w okresie poporodowym (po urodzeniu), obecne w okresie niemowlęcym i w okresie wczesnego dzieciństwa, obecne w późnym okresie życia[12].

Zupełnie odmiennym podziałem etiologii zburzeń słuchu jest podział dokonany przez Oliviera Pèriera, który brał pod uwagę równocześnie dwie kategorie: miejsce i rodzaj uszkodzenia oraz okres jego powstania. Pierwsza grupa to przyczyny uszkodzenia przewodzeniowego, drugą zaś grupę stanowią przyczyny przewodzenia odbiorczego.

W celu określenia rodzaju uszkodzenia słuchu istotne znaczenie ma lokalizacja, czyli miejsce jego wystąpienia. Spotykamy podział ubytku słuchu na:

1. Obwodowe uszkodzenie narządu słuchu typu:
   – przewodzeniowego,
   – odbiorczego,
   – mieszanego.
2. Centralne uszkodzenie ośrodków w mózgu typu:
   – centralne uszkodzenie słuchu.

Niedosłuch typu przewodzeniowego dotyczy uszkodzenia obszarów ucha zewnętrznego (małżowiny, przewodu słuchowego zewnętrznego) oraz ucha środkowego (błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, trąbki słuchowej). Zlokalizowany jest w części przewodzącej dźwięki. Uszkodzenie części ucha przewodzącego i wzmacniającego fale akustyczne w uchu zewnętrznym i środkowym prowadzi do ograniczenia wrażliwości słuchowej określanego mianem niedosłuchu przewodzeniowego[13].

Niedosłuch przewodzeniowy najczęściej objawia się gorszym słyszeniem w zakresie dźwięków niskich, a dobrym w paśmie dźwięków wysokich. Osoby z niedosłuchem przewodzeniowym lepiej rozumieją

[12] B. Szczepankowski, *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi* …, s. 74.
[13] K. Krakowiak, *Studia i szkice o wychowaniu dzieci* …, s. 12.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

mowę w hałasie niż w ciszy. Nie mówią podniesionym głosem, ponieważ mają zachowaną kontrolę własnego głosu. Ubytek słuchu na drodze przewodnictwa powietrznego nie przekracza 70 dB. Natomiast krzywa przewodnictwa kostnego ma przebieg i wartość zgodną z normą progu słuchowego. W ten sposób powoduje głównie ograniczenia percepcji bodźców akustycznych na drodze przewodnictwa powietrznego, a zatem przede wszystkim ogranicza odbieranie sygnałów mowy wytwarzanych przez inne osoby. Zawsze rezerwa ślimakowa wynosi minimum 15 dB[14].

Niedosłuch typu odbiorczego wynika z uszkodzeń w obrębie ucha wewnętrznego, a mianowicie z uszkodzenia narządu Cortiego – komórek słuchowych ślimaka, jak również może być wynikiem zaburzeń jakości przewodzenia bodźca w nerwie słuchowym i/lub jego interpretacji w centralnym układzie nerwowym. Uszkodzenie słuchu tego typu zlokalizowane jest w części odbierania dźwięków. Kazimiera Krakowiak podaje, że uszkodzenie części odbierających te drgania i przekształcających je na impulsy nerwowe, a następnie przesyłających je do wyższych pięter analizatora powoduje ograniczenie zdolności słyszenia, które nosi nazwę niedosłuchu typu odbiorczego[15].

Osoby z niedosłuchem odbiorczym gorzej słyszą dźwięki wysokie niż dźwięki niskie. Gorsze jest słyszenie spółgłosek, a tym samym pojawia się większa trudność w rozumieniu mowy często określanej jako: „słyszę, ale nie rozumiem". Osoba nie rozumie rozmowy prowadzonej w towarzystwie wielu osób. Ma problem w usłyszeniu wypowiedzi z większej odległości.

Przy obustronnym uszkodzeniu typu odbiorczego osoba głośno mówi. Odbiór przewodnictwa kostnego i przewodnictwa powietrznego jest jednakowo uszkodzony, stąd wykresy krzywej progowej przewodnictwa kostnego i przewodnictwa powietrznego towarzyszą sobie. Mowa jest gorzej słyszana i rozumiana w hałasie i przy innych źródłach

---

[14] G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 96–97.

[15] K. Krakowiak, *Studia i szkice o wychowaniu …*, s. 12.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

dźwięku, które są czynnikiem zakłócającym. Cechą charakterystyczną tego typu zaburzeń mowy jest utrudniony lub niemożliwy odbiór bodźców słuchowych. Wymienione ograniczenia wynikające z odbiorczego uszkodzenia słuchu powodują bardzo poważne następstwa zarówno w percepcji mowy, jak i w jej rozwoju[16].

Centralne zaburzenie słuchu charakteryzuje się uszkodzeniem lub zniszczeniem nerwu słuchowego. Oznacza to całkowitą i trwałą utratą słuchu, ponieważ w tym przypadku nerw słuchowy nie jest w stanie przewodzić informacji dźwiękowej do mózgu.

Ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój mowy jest stopień ubytku słuchu. Powszechnie uznawana w zakresie stopnia ubytku słuchu jest klasyfikacja według Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP). Dokonuje ono następującego podziału:

- słuch normalny – próg słyszalności 0–20 dB;
- lekki ubytek słuchu – próg słyszalności między 21–40 dB;
- umiarkowany ubytek słuchu – próg słyszalności między 41–70 dB;
- znaczny ubytek słuchu – próg słyszalności między 71–90 dB;
- głęboki ubytek słuchu – próg słyszalności 91 dB i więcej.

Przedstawiona powyżej klasyfikacja dotyczy wszystkich rodzajów uszkodzeń słuchu.

Wynika z tego fakt, że bardzo istotne jest określenie czasu, etiologii, rodzaju-typu uszkodzenia słuchu oraz jego stopnia, ponieważ ma to duży wpływ na określenie i ocenę możliwości rozwoju mowy u dziecka.

Uszkodzenia słuchu ograniczają możliwości reakcji człowieka na bodźce akustyczne, tym samym zaburzając lub uniemożliwiając ich odbiór i nadawanie. Konsekwencją tego mogą być trudności w opanowaniu mowy i jej rozumieniu, w komunikowaniu się z otoczeniem oraz w samokontroli czynności wytwarzania dźwięków mowy[17]. Znaczenie mowy w życiu człowieka jest ogromne i niepodważalne, zarówno w sensie funkcjonowania psychoemocjonalnego, jak i społecznego. Wobec powyższego nie ulega wątpliwości, że wady i zaburzenia mowy

---

[16] G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci …*, s. 100.

[17] A. Trochymiuk, *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008, s. 11.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

skutkują negatywnie, jeśli chodzi o rozwój ogólny człowieka, rozwój psychiczny, emocjonalny, intelektualny i społeczny[18]

Skuteczne komunikowanie to niezwykle ważna umiejętność w życiu każdego człowieka, ponieważ pozwala funkcjonować we współczesnym świecie. Jedne osoby komunikują się werbalnie, drugie niewerbalnie, ale są też grupy, które przejawiają trudności na obydwu poziomach komunikacji. Ważne jest poznanie indywidualne jednostki, rozwijanie tego, w czym przejawia trudności, i doskonalenie tego, co jest niezaburzone. Osoba pracująca z dzieckiem powinna usprawniać kompetencje językowe, ale przede wszystkim ma doskonalić kompetencje komunikacyjne, które są odpowiedzialne za interakcje społeczne. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych u dzieci z zaburzeniami słuchu przyczynia się do ich lepszego funkcjonowania społecznego oraz podnosi poziom ich samodzielności w dorosłym życiu[19].

Bibliografia:

Ambrahams, P. (2010). *Fizjologia – wszystko, co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka.* Warszawa: Wydawnictwo Świat Książki.

Gumińska, N. (2014). *Podsumowanie.* [w:] D. Baczała, J. Błeszyński (red.). *Komunikacja w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie – trzy drogi jeden cel.* Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernia.

Gunia, G. (2006). *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Hurło, L., Zaorska, M. (red.). (2005*). Wspomaganie rozwoju i edukacji dziecka z zaburzeniami mowy.* Olsztyn: Studio Przygotowawcze Wydawnictw „Edycja" s.c.

Kaczmarek, L. (1982). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.

---

[18] L. Hurło, M. Zaorska (red.), *Wspomaganie rozwoju i edukacji dziecka z zaburzeniami mowy,* Studio Przygotowawcze Wydawnictw „Edycja" s.c., Olsztyn 2005, s. 59.

[19] N. Gumińska, *Podsumowanie*, [w:] D. Baczała, i J. Błeszyński (red.), *Komunikacja w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie – trzy drogi jeden cel*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2014, s. 195.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Kozołub, A. (2003). *Biomedyczne podstawy logopedii.* [w:] T. Gałkowski, J. Jastrzębowska. (red.). *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik Akademicki, t. I.*, Opole: Wydawnicto UO.

Krakowiak, K. (2006). *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu.* Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Muzyka-Furak, E. (2015). *Surdologopedia. Teoria i praktyka.* Lublin: Wydawnictwo Harmonia Universalis.

Słodownik-Rycaj, E. (1998). *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Szczepankowski, B. (1999). *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi – wyrównywanie szans.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Trochymiuk, A. (2008). *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Paulina Wodecka
Szkoła Podstawowa nr 51 w Białymstoku
Joanna Kasperuk
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wpływ stylu życia studentów na jakość funkcjonowania narządu słuchu

The effects of students lifestyle on hearing function

Streszczenie. Głównym celem pracy jest ocena wpływu stylu życia studentów na jakość funkcjonowania narządów słuchu oraz określenie zależności pomiędzy stylem życia studentów a wynikami badań audiometrycznych. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza-ankiety autorstwa własnego oceniającego zachowanie i styl życia studentów oraz badań audiometrii tonalnej i mowy. Badaniem objęto grupę 40 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2013–2014. Wśród badanych było 20 kobiet (50%) i 20 mężczyzn (50%) w wieku od 20 do 24 lat (średnia wieku 22 lata). Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że długi czas słuchania muzyki, szczególnie przy użyciu słuchawek dousznych, niekorzystnie wpływa na jakość funkcjonowania narządu słuchu poprzez podwyższenie progu słyszenia i progu zrozumiałości mowy. Stwierdzono również dużą współzależność pomiędzy występowaniem podwyższonego progu słyszenia a częstością występowania uczucia „dzwonienia" lub „gwizdania" w uszach po przebywaniu w hałasie lub po słuchaniu głośnej muzyki. Wyniki badań wskazują, że antyzdrowotny styl życia wpływa niekorzystnie na stan narządu słuchu.

Słowa klucze: słuch, ludzie młodzi, muzyka, styl życia, uszkodzenie słuchu.

Summary. The purpose of the research study was to learn more about the impact of students lifestyle on the quality and functioning of their hearing organs as well as determining the relation between students lifestyle and the results of audiometric research. The study was conducted using my own questionnaire determining students habits and lifestyle and also tonal audiometric and speech screening. The study participants consisted of 40 students from Medical University of Bialystok conducted in the years 2013–2014. The group included 20 males (50%) and 20 (50%) females ages 20–24 (the average age 22). The research determined that long periods of

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

listening to the music, especially using headphones have harmful effects on hearing because it raises threshold shift and speech understanding threshold. A strong correlation between hearing threshold and the frequency of ringing sensation in the ear after long periods of noise was also determined. The results of the research study show that unhealthy lifestyle has adverse effect on hearing organ.

Keywords: hearing, young adults, music, lifestyle, hearing loss.

Wstęp

Sprawny narząd słuchu odgrywa bardzo ważną rolę w codziennym życiu i właściwym postrzeganiu otoczenia przez człowieka. Rozwój mowy również nie jest możliwy bez prawidłowo funkcjonującego słuchu. Zburzenia słuchu utrudniają komunikację werbalną, przyczyniają się do powstawania różnego rodzaju trudności szkolnych, a także mogą powodować zaburzenia emocjonalne[1].

Zazwyczaj w ocenie słuchu u osób starszych punktem odniesienia, jak i zakresem wartości prawidłowych, jest poziom słuchu młodych ludzi. Jednak wiele badań, zarówno klinicznych, jak i epidemiologicznych, wskazuje, że coraz więcej ludzi młodych ma problemy ze słuchem. Nie można więc jednoznacznie stwierdzić, że poziom słyszenia młodych ludzi należy do normy fizjologicznej[2].

Stylem życia określamy formy i zakresy codziennych zachowań jednostek lub grup społecznych, jak również psychofizyczne mechanizmy, które leżą u ich podstaw. Do tych mechanizmów możemy zaliczyć motywację oraz potrzeby i wartości, którymi kieruje się dana jednostka. Zdrowie to pełna sprawność psychiczna i fizyczna, która w dużej mierze zależy od stylu życia, kształtującego się przez całe nasze życie[3].

Obecnie coraz częściej możemy zaobserwować antyzdrowotne zachowania młodych ludzi. Najczęstsze z nich to: brak aktywności, niewłaściwe żywienie, nadużywanie alkoholu i palenie papierosów.

---

[1] H. Skarżyński, M. Mueller-Malesińska, *Zapobieganie zaburzeniom słuchu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, „Pediatr. Dypl." 2009, 13(2), s. 101–109.

[2] S. Rzymełka, Franek Pawlas, *Słuch a muzyka – badanie wlasne wśród osób w wieku 17–26 lat*, „Ann. Acad. Med. Siles" 2007, 61(2), s. 113 – 118.

[3] D. Ponczek, I. Olszowy, *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Probl. Hig. Epidemiol" 2012, 93(2), s. 260–268.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Nie sposób również pominąć świadomego i dobrowolnego narażenia na hałas, które również można zaliczyć do omawianych zachowań. To właśnie hałas jest główną i najczęstszą przyczyną uszkodzeń słuchu. Niemal każdy młody człowiek używa odtwarzacza muzyki, uczęszcza na dyskoteki i koncerty. Niezachowanie podstawowych zasad higieny narządu słuchu sprawia, że obecnie niedosłuch coraz częściej dotyka ludzi młodych[4].

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 40 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2013–2014. Wśród badanych było 20 kobiet (50%) i 20 mężczyzn (50%) w wieku od 20 do 24 lat (średnia wieku 22 lata).

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza-ankiety autorstwa własnego oraz badań audiometrycznych – audiometrii tonalnej progowej i audiometrii mowy. Badania audiometryczne zostały wykonane z użyciem audiometru firmy Interacoustics model AA222. W audiometrii tonalnej progowej zostały określone progi słyszenia dla przewodnictwa dźwięków na drodze kostnej i powietrznej. W badaniu audiometrii mowy wykorzystano listy słów jednosylabowych Polskiego Testu Liczbowego i Słownego do Badania Słuchu autorstwa prof. dr hab. inż. Grażyny Demenko i prof. zw. dr. hab. h.c. Antoniego Pruszewicza zawarte na płycie CD, odtwarzane za pomocą odtwarzacza płyt CD kompatybilnego z audiometrem.

Zastosowany kwestionariusz-ankieta składała się z trzech części. Pierwsza zawierała dane demograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, kierunek i rok studiów. W drugiej części zamieszczono pytania dotyczące występowania u ankietowanych studentów i w ich rodzinach chorób narządu słuchu oraz innych chorób przewlekłych i przyjmowanych z tego powodu leków (ze szczególnym uwzględnieniem leków ototoksycznych). Ostatnia, trzecia część, dotyczyła zachowań i stylu

[4] I. Vogel, P. M. van de Looij-Jansen, C. L. Mieloo, A. Burdorf, F. de Waart, *Risky music-listening behaviors and associated health-risk behaviors*, „Pediatrics" 2012, 129(6), s. 1097–1103.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

życia badanych, tj. ilości i częstotliwości słuchania muzyki, rodzaju słuchanej muzyki, okoliczności, w jakich badany jej słucha. Uwzględniono również subiektywną ocenę badanego, dotyczącą częstości odczuwania nieprzyjemnych dźwięków po przybywaniu w hałasie lub miejscu, gdzie odtwarzana jest głośna muzyka. W ankiecie zamieszczono również pytania, oceniające świadomość studentów z zakresu przyczyn uszkodzenia słuchu.

Wyniki przeprowadzonych badań podzielono na dwie części. W pierwszej przedstawiono dane uzyskane z kwestionariusza ankiety. W drugiej części zestawiono dane uzyskane z kwestionariusza ankiety z wynikami badań audiometrycznych.

Wyniki

Badaniem objęto 5 studentów (12,5%) w wieku 20 lat, 6 studentów (15%) w wieku 21 lat, 9 (22,50%) w wieku 22 lat, 12 studentów (30%) w wieku 23 lat i 8 (20%) w wieku 24 lat. 20 studentów (50%) mieszkało w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców, 10 studentów (25%) w mieście od 50 do 200 tys. mieszkańców, 5 (12,5%) studentów mieszkało na wsi i w mieście poniżej 50 tys. mieszkańców.

Czas słuchania muzyki wśród badanych studentów, kobiet i mężczyzn był zróżnicowany. 14 kobiet (70%) podawało, że słucha muzyki nie więcej niż 4 h dziennie, w grupie mężczyzn takie informacje zgłaszało 6 badanych (30%). Słuchanie muzyki od 4 do 8 h dziennie zadeklarowało 9 mężczyzn (45%) i 4 kobiety (20%). Pozostałe 2 kobiety (10%) i 5 mężczyzn (25%) przyznało, że słucha muzyki od 9 do nawet 12 h dziennie.

Na pytanie dotyczące sposobu słuchania muzyki większość respondentów odpowiedziała, że korzysta ze słuchawek dousznych, było to 9 kobiet (45%) i 10 mężczyzn (50%). W słuchawkach nausznych muzyka słuchana była przez 3 kobiety (15%) i 3 mężczyzn (15%). Z głośników korzystało natomiast 8 kobiet (40%) i 7 mężczyzn (35%).

Na pytanie wielokrotnego wyboru odnoszące się do okoliczności, w jakich badani studenci słuchają muzyki, odpowiedzi były bardzo zróżnicowane. 80% kobiet i 90% mężczyzn deklarowało, że słucha-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ło muzyki w trakcie wykonywania codziennych czynności. 70% kobiet i 90% mężczyzn słuchało muzyki na koncertach lub dyskotekach. Muzyki w drodze do i ze szkoły słuchało 55% kobiet i 80% mężczyzn. 10 kobietom (50%) i 6 mężczyznom (30%) muzyka towarzyszyła podczas wysiłku fizycznego. 9 kobiet (45%) i 9 mężczyzn (45%) dopowiedziało, że słucha muzyki podczas jazdy samochodem. Niepokojącym faktem było przyznanie przez 45% mężczyzn i 20% kobiet, że zdarza im się zasnąć, słuchając muzyki.

Zdecydowana większość ankietowanych studentów uczęszczała na dyskoteki lub koncerty kilka razy w roku, 45% kobiet i 65% mężczyzn. 10% mężczyzn uczęszczało na dyskoteki i koncerty raz lub nawet kilka razy w tygodniu. 15% kobiet deklarowało, że na dyskotekach bądź koncertach bawi się przynajmniej raz w miesiącu. 30% kobiet i 15% mężczyzn stwierdziło, że w takich miejscach przebywa kilka razy w miesiącu.

Na pytanie dotyczące częstości odczuwania „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach 20% badanych odpowiedziało, że zawsze po przebywaniu w hałasie lub słuchaniu głośnej muzyki doświadczają uczucia „dzwonienia" lub „gwizdania" w uszach. 47,50% ankietowanych odpowiedziało, iż czasami zdarza im się to odczuwać. 27,50% rzadko odczuwa „dzwonienie" bądź „gwizdanie" w uszach, natomiast 5% przyznało, iż nigdy nie zdarzyło im się doświadczyć „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach po słuchaniu głośnej muzyki lub pobycie w miejscu, gdzie jest ona głośno odtwarzana.

Wśród studentów deklarujących słuchanie muzyki 9–12 h dziennie badania audiometrii tonalnej wykazały u 85,71% podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz w uchu prawym, 57,14% w uchu lewym. W grupie osób deklarujących słuchanie muzyki od 0 do 4 h dziennie, podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz stwierdzono tylko u 20% ankietowanych w uchu prawym i 30% w uchu lewym (tab. VIII).

Badaniem audiometrii tonalnej u 47,37% studentów korzystających ze słuchawek zdiagnozowano podwyższenie progu słyszenia dla zakresu częstotliwości wysokich 2–8 kHz w obu badanych uszach. Również u studentów korzystających ze słuchawek nausznych stwierdzono podwyższony próg słyszenia u 66,7% w uchu prawym i 33,3%

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

w uchu lewym. Podwyższenie progu słyszenia u osób słuchających muzyki z głośników, stwierdzono już tylko u 20% badanych w uchu prawym i 13,3% w uchu lewym (tab. IX).

87,5% badanych deklarowało, że zawsze po słuchaniu muzyki bądź przebywaniu w hałasie doświadczała uczucia „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach. Przeprowadzone badanie audiometrii tonalnej wykazało podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz (tab. XIII).

Przeprowadzone badanie audiometrii mowy dowiodło, że 57,14% z grupy studentów deklarujących słuchanie muzyki od 9 do 12 h dziennie na poziomie 20dB rozumie mowę w 50% odpowiednio w uchu lewym i prawym. Całkowitą zrozumiałość mowy (100%) w grupie osób słuchających muzyki od 9 do 12 h dziennie, na poziomie natężenia 30dB uzyskano tylko u 14,29% badanych w prawym uchu i 14,29 % badanych w lewym uchu (tab. X).

Wyniki audiometrii mowy wykazały, że próg zrozumiałości mowy u ankietowanych korzystających z słuchawek dousznych jest wyższy niż u studentów słuchających muzyki z głośników.

50% zrozumiałości mowy wśród osób korzystających ze słuchawek dousznych na poziomie 20dB osiągnęło 57,89% badanych w uchu prawym i 42,11% w uchu lewym. Natomiast 100% zrozumiałości mowy na poziomie natężenia 30dB to odpowiednio u 10,53% badanych odpowiednio w obu uszach (tab. XI).

W grupie studentów, którzy do słuchania muzyki używali głośników, 50% zrozumiałości mowy na poziomie 20dB osiągnęło 66,67% badanych w uchu prawym i 40% w uchu lewym. Natomiast 100% zrozumiałości mowy na poziomie 30dB uzyskało tylko 46,67% ankietowanych w uchu prawym i 53,33% w uchu lewym (tab. XI).

Wyniki audiometrii mowy wykazały, że u badanych, którzy zawsze po słuchaniu głośnej muzyki bądź przebywaniu w hałasie doświadczają „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach, progi zrozumiałości mowy były znacznie wyższe niż u osób, które deklarowały, że rzadko lub tylko czasami doświadczały uczucia „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach.

U 50% badanych zrozumiałości mowy na poziomie 20dB wśród ankietowanych udzielających odpowiedzi, że zawsze po słuchaniu mu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

zyki doświadczają „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach osiągnęło 37,5% badanych w uchu prawym i 62,5% w uchu lewym. Natomiast 100% zrozumiałości mowy na poziomie natężenia 40dB uzyskało już tylko 12,5% w obu uszach (tab. XIV).

W grupie osób deklarujących, że rzadko doświadczają „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach, 50% zrozumiałości mowy na poziomie 20dB osiągnęło 81,82% badanych w uchu prawym i 45,45% w uchu lewym. Natomiast 100% zrozumiałości mowy na poziomie 40dB osiągnęło odpowiednio 9,09% w uchu lewym i 18,18% w uchu prawym (tab. XIV).

Dyskusja

Obecnie narząd słuchu młodzieży i dzieci jest bardziej narażony na uszkodzenia. Ma to związek z rosnącą popularnością przenośnych odtwarzaczy muzyki, a także częstym uczestnictwem na koncertach i dyskotekach, gdzie natężenie hałasu jest bardzo wysokie. Kieszonkowość i mikroskopijność elektroniki sprawiła, że przenośne odtwarzacze są powszechne szczególnie wśród dzieci i młodzieży, u których narząd słuchu jest wyjątkowo wrażliwy i podatny na uszkodzenia[5].

W Norwegii, jak podaje Vaage, ponad 50% populacji ogólnej i aż 70% młodzieży (16–24 lat) codziennie używa przenośnych odtwarzaczy muzyki[6].

Już w latach 90. badający ten problem zaobserwowali rosnące zjawisko uszkodzenia słuchu wśród młodych ludzi. Według badań przeprowadzonych przez Becher i wsp. na 277 badanych 75% uczniów w wieku 16–25 lat posiadało ubytki słuchu. Ponad połowa z nich, 75%, używała przenośnych odtwarzaczy bądź też bywała w dyskotekach i na koncertach[7].

---

[5] C. Maschke, K. Hecht, *Lärmexposition und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*, „Grundlagen und Forschungsergebnisse" 2001.

[6] M. S. Skånland, *Everyday music listening and affect regulation: The role of MP3 players*, „International journal of qualitative studies on health and well-being" 2013, 8(1): 20595.

[7] S. Becher, F. Struwe, C. Schwenzer, K. Weber, *Hörgefährdung durch überlauten*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

W badaniach własnych przeprowadzonych w grupie 40 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w wieku 20–24 lat 47,5% ankietowanych deklarowało, że czasami doświadczało „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach. 35% mężczyzn zawsze po słuchaniu muzyki czy przebywaniu w hałasie doświadczało „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach. 27,5% studentów rzadko doświadczało tego uczucia, a 5% nigdy. U 87,5% osób deklarujących, że zawsze po słuchaniu muzyki lub przebywaniu w hałasie doświadczało uczucia „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach w badaniu audiometrii tonalnej stwierdzono podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz. W tej grupie studentów również progi zrozumiałości mowy w badaniu audiometrii mowy były znacznie wyższe niż u osób, które deklarowały, iż rzadko lub tylko czasami doświadczały uczucia „dzwonienia" bądź „gwizdania" w uszach.

Naukowcy z Uniwersytetu w Californii – Santa Barbara oraz Uniwersytetu z Abum przeprowadzili badanie na grupie 609 studentów uniwersytetów z całego kraju, w którym tylko 6,1% ankietowanych stwierdziło, iż nie używa przenośnych odtwarzaczy muzyki. Większość respondentów zadeklarowało, że nigdy (15,2%) lub rzadko (59,1%) doświadczało „dzwonienia" w uszach, jednakże 23,3% ankietowanych przyznało, że czasami towarzyszy im „dzwonienie". Niepokojącym wynikiem było wskazanie przez 49,6% ankietowanych, że słuchają muzyki z odtwarzaczy na poziomie 70% maksymalnego poziomu głośności urządzenia lub wyższym[8].

Studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku byli wysoce świadomi przyczyn uszkodzenia słuchu. Jako główne czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu 95% respondentów wskazało słuchanie głośnej muzyki, 97% badanych przebywanie w hałasie. Jednak pomimo wysokiej świadomości studentów co do przyczyn uszkodzeń aż 12,5% ankietowanych błędnie określiło te czynniki i jako przyczynę uszkodzenia narządu słuchu wskazała spanie w stoperach usznych.

Musikkonsum: Vorstellung eines Schulungskonzeptes zur Verhinderung von Hörschäden bei Jugendlichen, „Das Gesundheitswesen" 1996, 58(2), s. 91–95.

[8] J. L. Danhauer, C. E. Johnson, A. Byrd, L. DeGood, C. Meuel, A. Pecile, L. L. Koch, *Survey of college students on iPod use and hearing health*, „Journal of the American Academy of Audiology" 2009, 20(1), s. 5–27.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Zachowania młodych osób słuchających muzyki były również badane przez Vogel i wsp. Badaniem ankietowym objęto grupę 1687 uczniów w wieku 12–19 lat. Tylko 18% ankietowanych było świadomych ryzyka uszkodzenia narządu słuchu wskutek słuchania głośnej muzyki[9].

W badaniach własnych przeprowadzonych w grupie 40 studentów UMB wyniki wskazują, że mężczyźni słuchają muzyki dłużej niż kobiety. 70% badanych kobiet zadeklarowało, że słucha muzyki nie więcej niż 4 h dziennie. 45% badanych mężczyzn wskazało słuchanie muzyki 5–8 h dziennie. 25% badanych mężczyzn deklarowało słuchanie muzyki 9–12 h dziennie. Blisko połowa badanych mężczyzn (45%) i $^1/_5$ (20%) kobiet przyznała, iż zdarza im się zasnąć, słuchając muzyki. Wśród osób deklarujących słuchanie muzyki 9–12 h dziennie badania audiometrii tonalnej wykazały u 85,71% podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz w uchu prawym i 57,14% w uchu lewym. W grupie osób deklarujących słuchanie muzyki od 0 do 4 h dziennie podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz stwierdzono tylko u 20% ankietowanych w uchu prawym i 30% w uchu lewym.

McNeill i współpracownicy przeprowadzili badania na grupie 28 studentów w wieku 17–23 lat z Uniwersytetu w Ottawie. Mediana częstotliwości korzystania z odtwarzacza przenośnego wśród ankietowanych wynosiła 6,5 dni tygodniowo. Średni czas słuchania muzyki w słuchawkach wyniósł 2 h dziennie, jednak 6 studentów (21%) deklarowało, że słucha muzyki 4–7 h dziennie, a jeden ankietowany (4%) blisko 15 h dziennie. Ponadto 20 z 28 studentów (71%) przyznało, iż zdarza im się zasnąć, słuchając muzyki w słuchawkach z przenośnego odtwarzacza[10].

Hoover i Krishnamurti zbadali zachowania 428 studentów w wieku 19–25 lat. 48,3% podawało krótsze sesje słuchania odtwarzacza MP3,

---

[9] I. Vogel, H. Verschuure, C. P. van der Ploeg, J. Brug, H. Raat, *Adolescents and MP3 players: too many risks, too few precautions*, „Pediatrics" 2009, 123(6): e953–e958.

[10] K. McNeill, S. E. Keith, K. Feder, A. T. Konkle, D. S. Michaud, *MP3 player listening habits of 17 to 23 year old university students*, „The Journal of the Acoustical Society of America" 2010, 128(2), s. 646–653.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

trwające mniej niż godzinę dziennie. Natomiast 76,5% respondentów 2 godziny lub mniej dziennie[11].

W badaniach własnych przeprowadzonych w grupie 40 studentów UMB 50% mężczyzn i 45% kobiet do słuchania muzyki używało słuchawek dousznych. 15% kobiet i 15% mężczyzn korzystało ze słuchawek nausznych, natomiast muzyki z głośników słuchało 40% kobiet i 35% mężczyzn.

Myung Gu Kim wraz z współpracownikami przebadali 490 uczniów w wieku 13–18 lat, z czego 167 (34,1%) stanowili mężczyźni, a 323 (65,8%) kobiety. Codzienne korzystanie z przenośnych odtwarzaczy muzycznych od 1 do 3 godzin deklarowało 229 uczniów (46,7%), od 3 do 5 godzin używało przenośnych odtwarzaczy muzyki aż 62 (12,7%), 7 (1,4%) korzystało więcej niż 5 godzin na dobę. Natomiast 164 osób (33,5%) korzystało mniej niż 1 godzinę dziennie, a 28 (5,7%) nie używało odtwarzaczy muzycznych. Okazało się, że 399 badanych (81,4%) używało głównie słuchawek wewnątrzusznych, podczas gdy tylko 53 (10,8%) słuchawek nausznych, natomiast 10 osób (2,0%) słuchało muzyki na głośnikach[12].

Badania audiometrii tonalnej przeprowadzone w badanej grupie 40 studentów UMB wykazały, że u 47,7% studentów korzystających ze słuchawek dousznych występuje podwyższenie progu słyszenia dla zakresu częstotliwości wysokich 2–8 kHz w obu badanych uszach. Ponadto na podstawie przeprowadzonych badań audiometrii mowy stwierdzono, że próg zrozumiałości mowy u osób korzystających ze słuchawek dousznych jest wyższy niż u osób słuchających muzyki z głośników.

Badania dotyczące wpływu przenośnych odtwarzaczy muzyki na narząd słuchu wśród młodych ludzi prowadzili również Kumar i współpracownicy. Grupa badawcza składała się ze 100 osób w wieku 17–24 lat. Grupa eksperymentalna liczyła 70 osób, a grupa kontrolna 30. Bada-

---

[11] A. Hoover, S. Krishnamurti, *Survey of college students' MP3 listening: Habits, safety issues, attitudes, and education*, „American Journal of Audiology" 2010, 19(1), s. 73–83.

[12] M. G. Kim, S. M. Hong, H. J. Shim, Y. D. Kim, C. I. Cha, S. G. Yeo, *Hearing threshold of Korean adolescents associated with the use of personal music players*, „Yonsei Medical Journal" 2009, *50*(6), s. 771–776.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nia audiometryczne wśród uczestników z grupy kontrolnej wykazały, że progi słyszenia nie przekroczyły 15dB na częstotliwościach oktawowych od 250 Hz do 8000 Hz. Uczestnicy z grupy eksperymentalnej zgłaszali, że słuchają muzyki regularnie. Przeprowadzenie badania otoskopowego i audiometrii impedancyjnej wykluczyły istnienie patologii ucha środkowego w obu analizowanych grupach. Średnia słuchania muzyki przez przenośne odtwarzacze wśród badanych wyniosła 1,5 h dziennie, zazwyczaj podczas dojazdu na uczelnie lub do miejsca zamieszkania. Głównym celem badania było sprawdzenie, czy młodzi ludzie słuchają muzyki na poziomie potencjalnie niebezpiecznym dla narządu słuchu. Wykazano, że ludzie, którzy preferują słuchanie muzyki na wyższym poziomie natężenia, mają tendencję do podwyższonego progu słyszenia przy częstotliwościach 4000–6000 Hz, a słuchanie muzyki przez przenośne odtwarzacze muzyki zwiększa ryzyko uszkodzenia narządu słuchu[13].

W badaniach przeprowadzonych w grupie studentów UMB 90% mężczyzn i 80% kobiet deklarowało, że muzyka towarzyszy im przede wszystkim w trakcie wykonywania codziennych czynności, 80% mężczyzn i 55% kobiet wskazywało, że słucha muzyki także w drodze do i ze szkoły. Natomiast 90% mężczyzn i 70% kobiet słuchało muzyki na koncertach i w dyskotece.

W badaniach przeprowadzonych przez Prella i współpracowników około połowa (46,4%) studentów deklarowała, iż rekreacyjnie korzysta z przenośnych odtwarzaczy muzyki, natomiast większość z ankietowanych była w ekspozycji innych rekreacyjnych źródeł dźwięku, takich jak głośna muzyka na koncertach, w klubach jak też muzyka odtwarzana w samochodach[14].

---

[13] A. Kumar, K. Mathew, S. A. Alexander, C. Kiran, *Output sound pressure levels of personal music systems and their effect on hearing*, „Noise and Health" 2009, 11(44), , s. 132.

[14] C. G. Le Prell, B. N. Hensley, K. C. M. Campbell, J. W. Hall III, K. Guire, *Evidence of hearing loss in a 'normally-hearing'college-student population*, „International Journal of Audiology" 2011, 50(sup1), s. 21–31; C. G. Le Prell, C. Spankovich, E. Lobariñas, S. K. Griffiths, *Extended high-frequency thresholds in college students: Effects of music player use and other recreational noise*, „Journal of the American Academy of Audiology" 2013, 24(8), s. 725–739.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

W badaniach własnych przeprowadzonych w grupie 40 studentów UMB stwierdzono również, że 5% z ankietowanych uczęszcza na dyskoteki lub koncerty przynajmniej raz w tygodniu lub częściej, 7,5% ankietowanych raz w miesiącu, 15% kilka razy w miesiącu. Ponad połowa studentów (55%) deklarowała uczęszczanie na dyskoteki lub koncerty kilka razy w roku, a 5% ankietowanych tylko raz w roku bywa na koncertach bądź w dyskotece. W badaniu audiometrii tonalnej stwierdzono podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz w obu uszach u 50% osób deklarujących uczęszczanie na dyskoteki kilka razy w tygodniu.

Jak wynika z badań Rzymełki i wsp. 25,7% z 614 ankietowanych uczęszcza na dyskoteki przynajmniej raz w miesiącu, 14,6% raz w tygodniu, a 20% dwa razy w miesiącu. Blisko 98,7% uczęszczających na dyskoteki przyznaje, że muzyka odtwarzana jest tam głośno lub bardzo głośno. Na koncerty uczęszcza 49,4% ankietowanych, 17,3% z nich jest na koncercie przynajmniej raz w roku, a 14,3% raz w miesiącu[15].

Natomiast Job i wsp. wykonywali badania audiometryczne na uczestnikach koncertów i osób bawiących się w dyskotekach. Badana grupa liczyła 1194 osoby w wieku 18–24 lat. U 18% deklarujących pobyt w dyskotece 2 razy w miesiącu lub częściej stwierdzono znaczne podwyższenie progu słyszenia w zakresie 2–4 kHz. Wśród 17% użytkowników odtwarzaczy co najmniej godzinę dziennie zauważono podwyższenie progów słyszenia dla wszystkich badanych częstotliwości 0,5–8 kHz[16].

Tin i Lim zauważyli, że pobyt w dyskotece przez co najmniej 4 godziny raz w tygodniu jest porównywalny do obciążenia na poziomie 91–98 dB(A) tygodniowo lub 85–92 dB(A) miesięcznie[17]. Ponadto Fleischer stwierdził, iż uszkodzenia słuchu mogą wystąpić już po 2–3 la-

---

[15] S. Rzymełka, F. Pawlas, *Słuch a muzyka – badanie własne wśród osób w wieku 17–26 lat*, „Ann. Acad. Med. Siles." 2007, 61(2), s. 113–118.

[16] A. Job, M. Raynal, P. Rondet, *Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media*, „The Lancet" 1999, 353(9146), s. 35.

[17] L. L. Tin, O. P. Lim, *A study on the effects of discotheque noise on the hearing of young patrons*, „Asia Pacific Journal of Public Health" 2000, 12(1), s. 37–40.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

tach wśród osób przebywających w dyskotekach raz w tygodniu przez co najmniej 4 godziny[18].

Rzymełka i wsp. zauważyli również, że zakres częstotliwości, na których wykazano podwyższenie progu słyszenia w grupie użytkowników odtwarzaczy, osób bawiących się w dyskotekach i uczestników koncertów, były istotnie różne. Użytkownicy odtwarzaczy mieli podwyższone progi słyszenia szczególnie w zakresie częstotliwości 4–6 kHz. U osób uczęszczających na dyskoteki były to częstotliwości w zakresie 0,5–4 kHz. Natomiast uczestnicy koncertów wykazywali podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 8 kHz[19].

Ponadto w badaniach własnych przeprowadzonych w grupie 40 studentów UMB wykazano, że zdecydowana większość respondentów, tj. 100% mężczyzn i 90% kobiet, nie choruje przewlekle. Te same wartości procentowe odnotowano również w przypadku chorób narządu słuchu lub też przebytych w przeszłości urazów narządu słuchu. Natomiast 95% respondentów przyznało, że w ich rodzinach były przypadki chorób narządu słuchu, wskazując, że przeważnie były to zapalenia ucha.

Badania własne przeprowadzone w grupie 40 studentów UMB wykazały również, że 77,5% ankietowanych nie używało wzmacniaczy dźwięków lub basów przy słuchaniu muzyki. Wyłącznie 7,5% badanych deklarowało pracę w hałasie, odpowiednio po 2,5% 8 h – 2 razy w tygodniu, 3 h – raz w tygodniu oraz 4 – 5 h w okresie wakacji. Również tylko 7,5% respondentów przyznało, że zajmuje się muzyką zawodowo.

Niekorzystny wpływ głośnej muzyki na narząd słuchu został wielokrotnie potwierdzony przez różnych naukowców. Jak podaje Arlinger, zwiększenie edukacji na temat ochrony słuchu oraz redukcja czynników uszkodzenia słuchu może skuteczne zapobiec uszkodzeniu narządu słuchu[20].

---

[18] G. Fleischer, *Gut hören: heute und morgen*, Median-Verlag von Killisch-Horn 2000.

[19] S. Rzymełka, F. Pawlas, *Słuch a muzyka…*, s. 113–118.

[20] S. Arlinger, *Negative consequences of uncorrected hearing loss-a review*, „International Journal of Audiology" 2003, 42, s. 17–20.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Według Skarżyńskiego i Mueller-Malesińskiej młode pokolenie musi uzmysłowić sobie, że należy ograniczyć wpływ hałasu, aby za 20–30 lat ich słuch nie stał się słuchem siedemdziesięciolatków, u których niedosłuch występuje u ¾ populacji[21].

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Upośledzenie słuchu jest również problemem ludzi młodych, który niekorzystnie wpływa na ich codzienne funkcjonowanie.
2. W grupie badanych nie stwierdzono niedosłuchu, a jedynie podwyższenie progu słyszenia dla częstotliwości 2–8 kHz.
3. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że upośledzenie funkcjonowania narządu słuchu częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet.
4. W badanej grupie wykazano, że długi czas słuchania muzyki szczególnie przy użyciu słuchawek dousznych wpływa niekorzystnie na jakość funkcjonowania narządu słuchu poprzez podwyższenie progu słyszenia i progu zrozumiałości mowy.
5. Stwierdzono również dużą współzależność pomiędzy występowaniem podwyższonego progu słyszenia a częstością występowania uczucia „dzwonienia" lub „gwizdania" w uszach pojawiającym się po przebywaniu w hałasie lub słuchaniu głośnej muzyki.
6. Uzyskane wyniki badań potwierdzającą negatywny wpływ antyzdrowotnego stylu życia na stan narządu słuchu.
7. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają, że studenci posiadają wysoką świadomość na temat przyczyn uszkodzenia słuchu.

[21] H. Skarżyński, M. Mueller-Malesińska, *Zapobieganie zaburzeniom słuchu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, „Pediatr. Dypl." 2009, 13(2), s. 101–109.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Bibliografia:

Arlinger, S. (2003). Negative consequences of uncorrected hearing loss-a review. *International Journal of audiology*, *42*: 17–20.

Becher, S., Struwe, F., Schwenzer, C., Weber, K. (1996). Hörgefährdung durch überlauten Musikkonsum: Vorstellung eines Schulungskonzeptes zur Verhinderung von Hörschäden bei Jugendlichen. *Das Gesundheitswesen*, *58*(2): 91–95.

Danhauer, J. L., Johnson, C. E., Byrd, A., DeGood, L., Meuel, C., Pecile, A., Koch, L. L. (2009). Survey of college students on iPod use and hearing health. *Journal of the American Academy of Audiology*, *20*(1): 5–27.

Fleischer, G. (2000). *Gut hören: heute und morgen*. Median-Verlag von Killisch-Horn.

Hoover, A., Krishnamurti, S. (2010). Survey of college students' MP3 listening: Habits, safety issues, attitudes, and education. *American journal of audiology*, *19*(1): 73–83.

Job, A., Raynal, M., Rondet, P. (1999). Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media. *The Lancet*, *353*(9146): 35.

Kim, M. G., Hong, S. M., Shim, H. J., Kim, Y. D., Cha, C. I., Yeo, S. G. (2009). Hearing threshold of Korean adolescents associated with the use of personal music players. *Yonsei medical journal*, *50*(6): 771–776

Maschke, C., Hecht, K. (2001). Lärmexposition und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. *Grundlagen und Forschungsergebnisse*

Kumar, A., Mathew, K., Alexander, S. A., Kiran, C. (2009). Output sound pressure levels of personal music systems and their effect on hearing. *Noise and Health*, *11*(44): 132.

Le Prell, C. G., Hensley, B. N., Campbell, K. C. M., Hall III, J. W., Guire, K. (2011). Evidence of hearing loss in a 'normally-hearing'college-student population. *International journal of audiology*, *50*(sup1): S21–S31.

Le Prell, C. G., Spankovich, C., Lobariñas, E., Griffiths, S. K. (2013). Extended high-frequency thresholds in college students: Effects of music player use and other recreational noise. *Journal of the American Academy of Audiology*, *24*(8): 725–739.

McNeill, K., Keith, S. E., Feder, K., Konkle, A. T., Michaud, D. S. (2010). MP3

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

player listening habits of 17 to 23 year old university students a. *The Journal of the Acoustical Society of America*, *128*(2): 646–653.

Ponczek, D., Olszowy, I. (2012). *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*. „Probl. Hig. Epidemiol", 93(2): 260–268.

Rzymełka, S., Franek, Pawlas. (2007). *Słuch a muzyka – badanie wlasne wśród osób w wieku 17–26 lat*. „Ann. Acad. Med. Siles". 61(2): 113–118.

Skånland, M. S. (2013). Everyday music listening and affect regulation: The role of MP3 players. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *8*(1): 20595

Skarżyński, H., Mueller-Malesińska, M. (2009). *Zapobieganie zaburzeniom słuchu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*. „Pediatr. Dypl.", 13(2): 101–109.

Tin, L. L., Lim, O. P. (2000). A study on the effects of discotheque noise on the hearing of young patrons. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *12*(1), 37–40.

Vogel, I., van de Looij-Jansen, P. M., Mieloo, C. L., Burdorf, A., & de Waart, F. (2012). Risky music-listening behaviors and associated health-risk behaviors. *Pediatrics*, *129*(6), 1097–1103.

Vogel, I., Verschuure, H., van der Ploeg, C. P., Brug, J., Raat, H. (2009). Adolescents and MP3 players: too many risks, too few precautions. *Pediatrics*, *123*(6): e953–e958.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Malwina Wilczyńska
WSNS Pedagogium w Warszawie

Zasady, metody i etapy pracy logopedycznej z pacjentami dorosłymi w świetle własnej praktyki i literatury logopedycznej

Principles, methods and stages of speech therapy work with adult patients in the light of own practice and speech therapy literature

Streszczenie. Terapia logopedyczna, do tej pory zarezerwowana głównie dla dzieci, cieszy się rosnącą popularnością wśród osób dorosłych. Wobec tego logopedzi stają przed wyzwaniem dostosowania swoich dotychczasowych metod i zasad pracy do potrzeb pacjenta dorosłego. W rozdziale krótko przedstawiono zasady i etapy pracy logopedycznej w odniesieniu do pracy z osobą dorosłą. W artykule wskazano najistotniejsze różnice między pracą z dzieckiem a pracą z pacjentem dorosłym oraz zwrócono uwagę na niektóre metody prowadzenia terapii logopedycznej, odgrywające istotną rolę w niwelowaniu zaburzeń mowy u osób dorosłych.

Słowa klucze: terapia logopedyczna, terapia pacjenta dorosłego, zasady pracy logopedycznej, etapy pracy logopedycznej, metody pracy logopedycznej.

Summary. Speech therapy, reserved up to now mainly for children, is growing in popularity among adults. Therefore speech therapists are being challenged to adapt their existing methods and work rules to the needs of an adult patient. This chapter briefly presents the principles and stages of work with an adult. In this paper has been pointed the most important differences between young and adult patient and the attention has been paid to some methods of speech therapy, playing the most important role in reducing speech disorders in adults.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Keywords: speech therapy, an adult patient therapy, speech therapy rules, speech therapy stages, speech therapy methods.

W dzisiejszych czasach logopedzi obserwują stały wzrost zainteresowania terapią logopedyczną ze strony osób dorosłych. Przy tym nie chodzi tylko o pacjentów z problemami neurologicznymi, a o zdrowych dorosłych, szukających pomocy, aby lepiej komunikować się z otoczeniem, radzić sobie z nowymi wyzwaniami w pracy czy poprawić odbiór samego siebie w relacjach z innymi ludźmi. Jednak w literaturze logopedycznej najwięcej uwagi wciąż poświęca się pracy z dzieckiem, zaniedbując kwestie prawideł długoterminowej terapii logopedycznej z dorosłymi. Propozycje współpracy z dorosłymi przedstawione w niniejszym artykule to wynik kilkuletniej praktyki logopedycznej popartej podstawową literaturą. Stanowią dobry punkt wyjścia do pracy z osobami dorosłymi, zwłaszcza dla początkujących logopedów.

Zasady terapii logopedycznej

Jako logopeda pracujący głównie z młodzieżą i osobami dorosłymi nadal odczuwam pewien niedosyt, jeśli chodzi o poziom świadomości dorosłych w kwestii uzyskiwania pomocy logopedycznej. Wprawdzie do gabinetu zgłasza się coraz więcej osób pełnoletnich, jednak zawód logopedy nadal w wielu kręgach kojarzony jest tylko z pracą z dzieckiem. Powstaje mnóstwo opracowań logopedycznych dotyczących terapii dzieci, pomocy z gotowymi ćwiczeniami, w związku z tym nawet początkujący logopedzi, tuż po studiach (lub nawet w trakcie trwania nauki) nie czują się kompletnie bezradni, stojąc w obliczu pytania, „jak zacząć" (diagnozę, terapię, spotkanie z rodzicami i tak dalej). Co innego jednak, kiedy w gabinecie pojawia się osoba dorosła. Często pada pytanie: jak pracować? od czego zacząć? I nie jest to pytanie o wadę wymowy tejże osoby, tylko raczej o sposób poradzenia sobie na zajęciach i o podejście do takiego pacjenta. Dlatego warto ponownie przeanalizować ogólne zasady pracy logopedycznej i zastanowić się, jak odnieść poszczególne z nich do terapii osoby dorosłej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Zasadami terapii logopedycznej określa się najogólniejsze reguły stosowane podczas terapii logopedycznej, którymi logopeda powinien się kierować i których powinien przestrzegać przy planowaniu i prowadzeniu terapii. Wywodzą się one z metodyki i terapii psychologicznej i pedagogicznej. Każdy logopeda z pewnością potrafi je wymienić i omówić, warto jednak zwrócić na nie uwagę i ponownie przeanalizować, kiedy pacjentem okazuje się dorosły, nie dziecko.

Pierwszą z nich jest zasada wczesnego rozpoczynania terapii[1], która zakłada, że wczesna interwencja skraca czas terapii i zwiększa jej efektywność. Na wstępie można uznać, że ta reguła nie dotyczy dorosłych, jednak zawsze na początku terapii pacjent pyta, czy jego wadę uda się całkowicie usunąć, czy też nie ma sensu nawet próbować. Zwykle wtedy należy jasno wytłumaczyć, że nie wszystkie wady wymowy dorosłych dają usunąć się całkowicie. Czasem możliwa jest tylko częściowa poprawa. Na etapie diagnozy i wstępnych rozmów pacjent powinien zostać przez logopedę dokładnie poinformowany o swoich szansach na usunięcie wady artykulacyjnej, o możliwych trudnościach i wynikających z nich potrzebach (na przykład o konieczności założenia aparatu ortodontycznego), czy wreszcie o samej metodzie pracy, zakładającej nie tylko spotkania w gabinecie, ale rzetelne powtarzanie i przyswajanie materiału w domu. Uświadomienie pacjentowi na wstępie, z czym będzie wiązało się rozpoczęcie terapii, umożliwia mu podjęcie odpowiedzialnej decyzji i przygotowuje na wystąpienie ewentualnych trudności. Dlatego pierwszą zasadą pracy logopedycznej, w odniesieniu do pacjentów dorosłych, jest przekazanie rzetelnych informacji o aktualnym stanie wymowy pacjenta, możliwych trudnościach, sposobie przeprowadzania terapii i koniecznych działaniach dodatkowych (na przykład wizyty u specjalistów). Pacjent wówczas bardziej świadomie podchodzi do czekającej go pracy, wie, jakie może napotkać trudności i wie co robić, by sobie z nimi poradzić. Nie traci zatem motywacji. To wszystko przekłada się na czas trwania i efektywność jego terapii.

---

[1] Wszystkie wymienione zasady za: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 327–328.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Następna zasada terapii logopedycznej odnosi się do indywidualnego podejścia do pacjenta. Rozpatruje się ją w trzech aspektach. Po pierwsze, program terapii powinien być dostosowany do konkretnego dziecka i z uwagą na jego osobisty problem oraz rodzaj zaburzenia. Tę zasadę można w całości przyjąć w kontekście terapii osób dorosłych, gdzie właśnie najistotniejsza jest indywidualizacja w podejściu do pacjenta. Kontakt pacjenta z terapeutą w toku terapii może okazać się niezwykle istotny, jeśli dojdzie do kryzysu motywacji czy trudności z opanowaniem materiału. Im większy jest poziom zaufania do terapeuty, tym większe prawdopodobieństwo przezwyciężenia napotkanych trudności. Zasada indywidualizacji dotyczy również środków i metod pracy, które powinny być dopasowane do możliwości psychofizycznych dziecka. Tutaj w odniesieniu do dorosłych należałoby więcej uwagi poświęcić materiałom pomocniczym, jakie ma otrzymywać pacjent, by samodzielnie utrwalać materiał w domu. Niezwykle istotne jest, aby zadbać o jakość tych materiałów i nie powielać na przykład kart pracy z pomocy kierowanych do dzieci, chociaż sam materiał językowy w nich użyty byłby adekwatny do etapu terapii u dorosłego. Przygotowując osobny zestaw ćwiczeń dla pacjentów starszych, logopeda okazuje tym samym szacunek, profesjonalne podejście i wszechstronność swego warsztatu. Warto zatem poświęcić dodatkową chwilę nie tylko na dobór, ale i selekcję materiału. Trudno bowiem, aby dorosły pacjent, który ćwiczy aparat artykulacyjny oparty na bajce o śpiących misiach, miał poczucie, że jest on traktowany poważnie.

Ostatni aspekt zasady indywidualności terapii dotyczy prowadzenia zajęć bez udziału innych osób, chyba że dla dziecka wskazane byłyby zajęcia w grupach, na przykład logorytmika czy zajęcia relaksacyjne. Również tę zasadę można przyjąć za aktualną w kontekście pracy z osobą dorosłą. Zazwyczaj zajęcia z logopedą prowadzone są indywidualnie. W toku terapii może jednak dojść do sytuacji, kiedy pacjent sam zaproponuje chęć spotkania z innym dorosłym, uczęszczającym na terapię, w celu wymiany doświadczeń czy możliwości sprawdzenia swoich nowych umiejętności z kimś, kto przechodzi podobną pracę nad sobą. Logopeda może wtedy poprowadzić terapię w niewielkich grupach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Kolejna zasada dotyczy wykorzystania w procesie terapii wszelkich możliwości dziecka. Zakłada, że należy wykorzystać maksymalną liczbę zmysłów oraz posiadane przez dziecko umiejętności. To samo można powiedzieć w kontekście pracy z dorosłym, jednak w przypadku tej zasady należy przyjrzeć się bliżej określeniu *możliwości*. Dorośli uczęszczający na terapię zazwyczaj już gdzieś pracują bądź studiują, co stwarza im sposobność kontaktów, prowadzenia rozmów, czasem nawet występowania przed większą publicznością. Dzięki wpisanym w czyjś naturalny rytm pracy okazjom dorośli stwarzają sobie możliwość wykonywania dodatkowych ćwiczeń. Oczywiście, na występowanie przed grupą już na samym początku terapii jeszcze nie jest pora, jednak obcowanie z innymi stwarza pacjentom szansę na wypróbowanie swoich nowo nabytych umiejętności poza gabinetem logopedycznym. Czasem warto zatem zapytać pacjenta, czy nie udałoby mu się wykorzystywać codziennych sytuacji do weryfikacji efektów w terapii.

Zasada kompleksowego oddziaływania zakłada, że istnieje potrzeba prowadzenia równolegle do terapii logopedycznej terapii zaburzeń emocjonalnych i zachowania oraz terapii pedagogicznej, gdyż z zaburzeniami mowy często współwystępują inne zaburzenia (emocjonalne, zachowania, funkcji percepcyjno-motorycznych). W przypadku terapii logopedycznej osoby dorosłej zasada ta inaczej obowiązuje w zależności od napotkanego przypadku. Inną pracę będzie wykonywał pacjent z rotacyzmem, a inną chory z afazją czy osoba z niepłynnością mowy. W przypadku tych dwóch ostatnich równolegle prowadzone zajęcia rehabilitacyjne, terapia w grupie czy relaksacja pozytywnie wpłyną na efekty podjętej terapii logopedycznej. U pacjenta dorosłego z dyslalią konieczna może okazać się wizyta u ortodonty i podjęcie korekcji zgryzu. Czasem z różnych przyczyn należy udać się na wizytę do laryngologa czy foniatry. Jednak w sytuacji, kiedy poza problemami z wymową głosek, obserwujemy nieśmiałość i wycofanie w kontaktach społecznych, warto zaproponować kilka wizyt u psychologa.

Zasada aktywnego i świadomego udziału zakłada, że dziecko musi czuć potrzebę ćwiczeń i rozumieć konieczność udziału w zajęciach[2],

[2] G. Demel, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa 1998, s. 48.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

ponieważ bez jego zainteresowania i mobilizacji trudno osiągnąć szybko zamierzone efekty. Wskazane jest zatem pobudzanie jego zainteresowania terapią poprzez zabawę oraz podnoszenie poziomu motywacji dzięki stosowaniu wzmocnień pozytywnych. W terapii dzieci lepiej sprawdza się, jeśli dziecko nie ma świadomości, nad jaką głoską aktualnie odbywa się praca. Oczywiście, należy dokładać wszelkich starań, aby angażować dziecko w pracę nad swoją wymową, jednak najlepsze efekty osiąga się, jeśli ma to charakter zabawy. Podczas terapii logopedzi starają się odwracać uwagę dziecka od nieprawidłowego wzorca wymowy na rzecz nowych, prawidłowych zachowań artykulacyjnych. W terapii osób dorosłych nie tylko należy bardzo dokładnie wyjaśnić pacjentowi zasady wymowy danej głoski, ale wytłumaczyć również, w jaki nieprawidłowy sposób była ona realizowana do tej pory. Tak samo dużo uwagi należy zatem poświęcić na wyjaśnienie istniejących nieprawidłowości, jak i na przedstawienie prawidłowego wzorca wymowy. Często podczas zajęć logopedycznych z osobą dorosłą logopedzi zapominają o dokładnym opisie stanu wyjściowego wymowy pacjenta, skupiając się tylko na tłumaczeniu prawidłowości. Aby uczynić ten etap pracy bardziej klarownym, można zastosować przekroje głosek polskich[3], zarówno do przedstawienia prawidłowego, jak i nieprawidłowego wzorca wymowy. Warto mieć na uwadze, że dorosły nie zawsze jest świadomy, jak podczas realizacji danego dźwięku pracują jego narządy artykulacyjne. Kwestie odbioru bodźców i kinestezji artykulacyjnej mogą być u niego równie mocno zaburzone, podobnie jak u dziecka. Dlatego terapie zawsze rozpoczyna się od uświadomienia pacjentowi nieprawidłowego wzorca artykulacyjnego, a dopiero w dalszej kolejności wprowadza się schemat prawidłowej realizacji. Zarówno na pierwszym, jak i na drugim etapie pacjent musi mieć świadomość, w jaki sposób pracują (układają się) jego narządy artykulacyjne.

Zasada współpracy z najbliższym otoczeniem zakłada, że dziecko i jego najbliższe otoczenie mają prawo do rzetelnej informacji na temat rodzaju, stopnia i przyczyn zdiagnozowanych zaburzeń oraz

[3] Na przykład: B. Kaczmarczuk, *Wymowa polska z ćwiczeniami*, Asocjacja LOGOPEDIC, Lublin 2012.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

omówienia programu i sposobu terapii, czasu jej trwania, przewidywanych efektów. W kwestii tejże zasady nie ma odstępstw także w przypadku dorosłego, należy jedynie pamiętać, że logopedów obowiązuje pełna dyskrecja i poszanowanie prywatności pacjenta. Wszystkie informacje dotyczące terapii powinny być przekazywane pacjentowi bezpośrednio.

Przedostatnia zasada, systematyczności, zakłada rytmiczność i regularność ćwiczeń według z góry określonych schematów, zgodnych z metodyką pracy logopedycznej. Zawierają one pewne następujące po sobie etapy, których kolejności należy bezwzględnie przestrzegać. Przejście do następnego etapu uwarunkowane jest utrwaleniem poprzedniego. W przypadku osób dorosłych warto trzymać się tej zasady na samym początku terapii, zapewniając pacjentowi ugruntowanie jego świeżo nabytej wiedzy. W późniejszym etapie, kiedy już coraz łatwiej opanować ćwiczony materiał, wszelkie zróżnicowanie ćwiczeń, oczywiście w ramach objętego planu terapii, sprzyja większej motywacji pacjenta, zaangażowaniu w zajęcia i, mówiąc szczerze, przeciwdziała znużeniu, które może się w pewnym momencie ćwiczeń pojawić.

Ostatnia zasada, stopniowania trudności, zakłada, że terapię zawsze należy rozpoczynać od ćwiczeń najłatwiejszych dla danego pacjenta, przechodząc kolejno do coraz trudniejszych, mniej znanych i nowych. W przypadku osoby dorosłej wszystko zależy od problemu, który okaże się dla niej najpilniejszy. Być może opanowanie seplenienia międzyzębowego będzie prostsze i szybciej dałoby się je usunąć, niż wywołać prawidłowe brzmienie głoski [r], ale jeśli to właśnie rotacyzm jest dla pacjenta największym kompleksem, warto już na początku rozpocząć takie ćwiczenia. Po przeprowadzeniu diagnozy i wypunktowaniu wszystkich potrzeb pacjenta, należy mu je krótko przedstawić, a następnie zapytać, czym chciałby zająć się na początku. Umożliwi to rozpoczęcie pracy zgodnie z oczekiwaniami pacjenta oraz wpłynie na jego poziom satysfakcji z terapii.

Powyższe zasady, mimo że odpowiednio zmodyfikowane, nadal będą stanowiły wyznacznik w pracy logopedycznej. Nie należy zatem obawiać się pracy z pacjentem dorosłym, tylko zdać się na swoją wiedzę, profesjonalizm i zadbać o szczery i serdeczny kontakt z podopiecznym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Dzięki temu może okazać się, że podjęcie pracy nad korekcją wymowy osób dorosłych otworzyło nowy horyzont w pracy logopedycznej.

Etapy terapii logopedycznej

Korekcją zaburzeń mowy logopeda zajmuje się według ściśle ustalonych i następujących po sobie etapów[4]:

a) przygotowawczego,
b) właściwej pracy logopedycznej,
c) utrwalania prawidłowego dźwięku,
d) automatyzacji wywołanego dźwięku.

Schemat ten obowiązuje w terapii zarówno z dzieckiem, jak i z dorosłym. W planach realizacji zamierzeń, przyjętych na każdym etapie pracy, należy jednak uwzględnić specyfikę pracy z dorosłym. Doświadczenie pokazuje, jak trudno jest uświadomić pacjentowi dojrzałemu wagę etapu przygotowawczego. Zazwyczaj jest on nastawiony na szybkie efekty, natychmiastowy wynik, zatem spodziewa się „przepisu" na poprawną realizację danej głoski już na pierwszych zajęciach. Tymczasem na etapie przygotowań do właściwej terapii logopeda prowadzi różnego rodzaju ćwiczenia (usprawniające narządy artykulacyjne, oddechowe, rytmizujące, słuchowe) mające na celu usunięcie przyczyny występującego zaburzenia. Nie należy zatem całkowicie rezygnować z tego etapu pracy z pacjentem dorosłym, należy natomiast wyjaśnić mu wagę i cele takiego postępowania. W przypadku pracy z dzieckiem, ten etap odbierany jest przez uczestnika jako bardzo przyjemny, pełen zabaw, ciekawych i dość prostych ćwiczeń, budujący motywacje i atmosferę zaufania do terapeuty. W pracy z dorosłym, o ile nie nastąpi wcześniej dokładne wyjaśnienie celu wykonywanych zadań, etap ten może się jawić jako strata czasu, a sam logopeda jako nierzetelny. Brak informacji może spowodować u uczestnika terapii wrażenie, które można ująć jako „nie po to tutaj przychodzę". Dlatego na początku rozpoczynanej terapii logopeda winien dokładnie wyjaśnić klientowi, od czego tak naprawdę zaczyna się prawidłowa praca logopedyczna,

[4] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia…,* s. 410–412.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

oraz określić w przybliżeniu czas jej trwania. Pacjent musi wiedzieć, ile czasu ma upłynąć, zanim rozpocznie się najbardziej pożądany przez niego etap, czyli wywoływania danego dźwięku.

Na początku pracy należy zadbać również o dwie niezwykle istotne rzeczy. Przede wszystkim dorosłego pacjenta należy nagrać. Takie nagranie może służyć w toku terapii jako miernik postępów w pracy, jednak może również przyczynić się do uświadomienia pacjentowi jego innych zachowań artykulacyjnych, o których występowaniu do tej pory nie wiedział[5]. Po drugie, etap ten należy wykorzystać do pełniejszej diagnozy jakości wymowy pacjenta. Rzadko bowiem zdarza się, że dorosły przychodzi po poradę w kwestii jednej tylko głoski, której wadliwe brzmienie należałoby usunąć. Zazwyczaj deformacjom towarzyszy szybkie tempo mówienia, upraszczanie zbitek spółgłoskowych, a czasem nawet wrażenie „zatartej", niewyraźnej wymowy. Dodatkowo mogą pojawiać się problemy z zakresu prozodii, akcentu czy brzmienia samego głosu. Dlatego podczas pierwszego etapu terapii logopeda ma możliwość dokładniejszej oceny artykulacji głosek i ich połączeń, problemów związanych z wymawianiem samogłosek, oceny brzmienia spółgłosek, warstwy suprasegmentalnej mowy czy wreszcie jakości samego głosu[6]. Mając pełny obraz zaburzeń mowy pacjenta, logopeda łatwiej opracuje szczegółowy plan terapii. Należy pamiętać, aby przedstawić go pacjentowi oraz omówić poszczególne jego założenia. Może się bowiem zdarzyć, że dorosły nie będzie chciał zajmować się dodatkowymi kwestiami, poza tym problemem, który sam zauważa i który wydaje mu się najbardziej dokuczliwy. Należy wówczas uszanować jego decyzję i odpowiednio do niej dopasować założenia terapii, informując jednocześnie o wpływie tej decyzji na zamierzone efekty pracy.

Na kolejnym etapie terapii logopedycznej (etap pracy właściwej) pacjent ma możliwość zrealizowania zaburzonego do tej pory dźwięku w sposób prawidłowy. Tak jak wspomniano wcześniej, podczas reali-

---

[5] Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2014, s. 78–79.

[6] Zob. B. Kamińska, *Diagnoza w logopedii artystycznej*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

zowania tego etapu pracy logopedycznej pacjentowi należy jak najdokładniej uświadomić punkt wyjścia, czyli jego nieprawidłową wymowę, oraz zaprezentować nowy sposób realizacji dźwięku. W tym celu logopeda może wykorzystać wykonane wcześniej nagranie pacjenta, schematy artykulacyjne głoski, gumowe modele jamy ustanej oraz, przede wszystkim, samodzielnie zaprezentować wyjściowy i prawidłowy układ artykulacyjny. Warto, aby logopeda również pozwolił nagrać się pacjentowi, podczas gdy realizuje on prawidłowe i nieprawidłowe ułożenie narządów artykulacyjnych, dzięki czemu pacjent będzie miał szansę na utrwalenie wiedzy zdobytej na zajęciach i pomoc przy samodzielnej pracy nad głoską.

W trakcie pracy na etapie trzecim, czyli w momencie utrwalania prawidłowego dźwięku, stosuje się te same zasady pracy, jak podczas terapii z dzieckiem. Stabilizuje się zatem daną głoskę w izolacji, sylabach i wyrazach, we wszystkich pozycjach w wyrazie (tj. nagłos, śródgłos, wygłos) i w trudniejszych sąsiedztwach fonetycznych. Następnie na tym etapie pracuje się na zdaniach, krótkich tekstach, wykorzystując różnorodny materiał językowy. Ważne, aby na tym etapie dorosły miał możliwość kontynuowania samodzielnych ćwiczeń w domu, dlatego należy przygotowywać odpowiednie materiały do powielenia, dostosowane do wieku pacjenta. Rezygnujemy zatem z materiałów obrazkowych na rzecz materiału słownego, z wykorzystaniem dowolnych tekstów. Czasem z uznaniem pacjenta spotyka się po prostu głośne czytanie ulubionej książki, ale z zastosowaniem nauczonych już zasad prawidłowej wymowy. Takie ponowne odczytanie rozdziału ulubionej lektury może być źródłem wielkiego zadowolenia i satysfakcji z osiągniętej pracy. Czasem nawet wypowiedzenie utartego zwrotu słownego, ale z zastosowaniem zdobytej wiedzy, staje się dla pacjenta osobistym etapem w terapii, którego osiągnięcie, jak się okazuje, jest momentem niezwykle ważnym[7].

[7] Przykład z własnej praktyki logopedycznej: pacjent w terapii głoski [r], lat 54, stwierdził, że nic nie dało mu takiej satysfakcji, jak możliwość poprawnego wypowiedzenia zdania*: Wynik meczu był zero – zero*.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Posługując się zasadą stopniowania trudności, logopedzi na tym etapie terapii z dzieckiem stosują skalę opracowaną przez Van Ripera i Irwina, zwaną „termometrem" mówienia:

1. Wiem, jak wymawiać dany dźwięk.
2. Mogę wymówić ten dźwięk.
3. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo między samogłoskami.
4. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w nagłosie wyrazu.
5. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w śródgłosie wyrazu.
6. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w wygłosie wyrazu.
7. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo podczas czytania.
8. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w poradni.
9. Mogę zawsze prawidłowo posługiwać się dźwiękami[8].

Skalę tę Rodak proponowała przedstawić w formie schodków[9], na których najniższym stopniu znajdował się punkt: „wiem, jak brzmi prawidłowo ten dźwięk", a na ostatnim: „zawsze umiem ten dźwięk dobrze wymówić". Skala ta dodatkowo została odpowiednio zmodyfikowana, dostosowana do poziomu dziecka. Pokonując kolejne stopnie, dziecko może zaznaczać osiągnięte etapy kolorami, co pokazuje mu jego własne postępy, stanowi motywację do dalszej pracy oraz wyznacza przewidywany koniec terapii. Takie narzędzie ułatwi logopedzie uświadomienie dziecku, że jego terapia kiedyś się skończy, co więcej, że to od niego samego zależy, kiedy to nastąpi. Wystarczy po prostu móc wejść na kolejne schodki na schemacie. Jak się okazuje, zaproponowanie dorosłemu takiej skali odznaczania jego osiągnięć bardzo pozytywnie wpływa na jego podejście do terapii i poziom motywacji. Poszczególne etapy, które pacjent ma osiągnąć, można skonstruować całkowicie indywidualnie, dostosowując jego potrzeby i sytuację. Dla przykładu, tak wyglądała skala stworzona wspólnie z 38-letnią pacjentką, dotycząca pracy nad automatyzacją głoski [r][10]:

---

[8] Za: A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji…*, s. 82.

[9] Por. H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002, s. 37.

[10] Pacjentka bardzo długo odczuwała bardzo silny opór przed wypowiadaniem głoski [r] w kontaktach z innymi, mimo pozytywnych efektów osiągniętych w terapii.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

1. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas głośnego czytania.
2. Potrafię prawidłowo wypowiedzieć głoskę [r] podczas swobodnej rozmowy z logopedą.
3. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas rozmowy ze swoimi dziećmi i mężem.
4. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas rozmowy przez telefon.
5. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas rozmowy z ludźmi z pracy.
6. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas rozmowy ze znajomymi mi osobami.
7. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas rozmowy z nieznajomymi osobami.
8. Potrafię prawidłowo wypowiadać głoskę [r] podczas dowolnej sytuacji komunikacyjnej, w której czuję się spokojnie i swobodnie[11].

Z punktu widzenia pacjenta wprowadzanie poprawnej artykulacji głoski oraz praca nad utrwalaniem wywołanego dźwięku może jawić się jako najważniejszy etap pracy logopedycznej. Z punktu widzenia logopedy najważniejszym i decydującym etapem jest jednak automatyzacja wywołanego dźwięku. Jest to moment wypracowania umiejętności autokontroli i autokorekcji oraz, mówiąc najprościej, zastosowanie wiedzy i umiejętności zdobytej na zajęciach w sytuacjach z życia codziennego. Dorośli pacjenci często mylnie zakładają, że zdobywane przez nich umiejętności pojawią się w codziennych sytuacjach same. Kwestie oczywiste dla terapeuty nie zawsze jawią się takimi jego podopiecznym, dlatego lepiej upewnić się i przedstawić od razu wagę wysiłku, jakim jest świadome kontrolowanie własnych wypowiedzi. Na szczęście ten etap pracy korekcyjnej może być dla pacjenta bardzo satysfakcjonujący z racji wykorzystywania materiału bliskiego jego indywidualnym za-

[11] Warto pamiętać, że silne pobudzenie emocjonalne może spowodować nawrót nieprawidłowych zachowań artykulacyjnych u osób dorosłych, a zlikwidowanie tego zachowania jest czasem niemożliwe.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

interesowaniom i potrzebom. Pacjent może zatem opowiadać fabułę obejrzanego filmu lub przeczytanej książki, opisywać fotografie przedstawiające różne sytuacje z jego życia, przygotowywać się wraz z logopedą do prezentacji, odczytów, wystąpień itp., które w najbliższym czasie mają odbyć się w jego pracy, dyskutować na interesujące go tematy z życia społecznego czy kulturalnego. Pomysły na zajęcia prowadzone na tym etapie pracy są praktycznie nieograniczone, warto jednak, aby były one bliskie pacjentowi. Najlepiej jeśli logopeda przedstawi podopiecznemu ideę zajęć i cele, jakie mają być osiągnięte, a wybór tematów może pozostać w rękach pacjenta. Jego zaangażowanie w aktywny udział w zajęciach będzie zależało od znajomości i zainteresowania przedstawionymi propozycjami.

Pomimo zachowania standardowych etapów pracy nad zaburzeniami artykulacji, takich jak w terapii dziecięcej, w przypadku osób dorosłych należy uwzględnić różnice między grupami pacjentów, widoczne zwłaszcza na pierwszym i ostatnim etapie terapii. Oczywiście poszczególne działania podczas każdego z etapów uzależnione są od rodzaju występującej u pacjenta wady artykulacyjnej.

Metody pracy logopedycznej

Zakres metod logopedycznych, stosowanych w terapii osób dorosłych, jest praktycznie nieograniczony. O ile sam pacjent nie sprzeciwi się któremuś z proponowanych mu sposobów, logopedzi mogą czerpać ze wszystkich dostępnych metod i technik, również z pogranicza innych nauk, które zazwyczaj wykorzystuje się w terapii dziecięcej. Zazwyczaj niechęć pacjenta do jakiegoś ćwiczenia wynika z niezrozumienia zastosowania danej metody. Niezwykle skuteczne przy wywoływaniu głoski [r] jest przyklejanie kawałków papieru do czubka języka i zdmuchiwanie ich, przez dziecko zostanie odebrane jako świetna zabawa, a przez dorosłego wręcz jako próbę ośmieszenia go. Dlatego też obowiązuje reguła odwrotna do zasad pracy z dzieckiem: o wszystkich zamierzeniach i działaniach logopedy należy powiadomić, przedstawiając dorosłemu przede wszystkim cel proponowanych ćwiczeń.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Na uwagę zasługuje zastosowanie u pacjentów dorosłych metody lingwistycznej (metody słów-kluczy[12]). Metoda ta, autorstwa Charlesa van Ripera, zakłada, że w słowniku dziecka mogą znaleźć się słowa, w których dana głoska, zazwyczaj w wymowie realizowana wadliwie, jest realizowana prawidłowo[13]. Jeżeli logopeda jest w stanie odnaleźć takie słowo, należy doprowadzić do wyizolowania interesującej go głoski, utrwalić ją w izolacji, a następnie, zgodnie z zasadami metodyki logopedycznej, utrwalić ją w sylabach, wyrazach i tekstach. Metoda ta jest bardzo skuteczna, jednak jej istotą jest odnalezienie takiego słowa klucza, co nie zawsze okazuje się łatwe w przypadku dziecka. W przypadku osoby dorosłej sytuacja jest jednak prostsza, gdyż dorosły niejednokrotnie sam potrafi wskazać słowa, w których dana głoska jest realizowana przez niego inaczej niż zwykle. Warto poprosić pacjenta o próbkę wypowiedzi w innym języku, często bowiem ten sam dźwięk w obcym języku potrafi być wypowiadany inaczej. Aby pacjent mógł pomóc logopedzie w szukaniu słowa klucza, należy wyjaśnić mu istotę tej metody, o ile logopeda sam nie wychwyci słuchowo prawidłowego dźwięku.

Spośród metod wspomagających terapię logopedyczną na uwagę zasługują przede wszystkim metody psychologiczne. Wykorzystanie ich w terapii osoby dorosłej jest oczywiste, nie tylko z punktu widzenia psychologicznych uwarunkowań zaburzeń mowy, ale ze względu na ich skutki. Osoba dorosła, świadoma swoich deficytów w wymowie, może mieć obawy przed kontaktami społecznymi, przed podejmowaniem aktywności w nowych sytuacjach czy wręcz determinować swoje życiowe wybory na podstawie niskiej samooceny, wynikającej z posiadanej wady wymowy. Chęć pracy nad sobą i samodoskonalenia się to jeden z najczęściej wyliczanych powodów, dla których dorosły pacjent decyduje się na terapię. Czasem jednak, pomimo efektów uzyskiwanych w toku terapii, pacjent nie jest w stanie zastosować zdobytej wiedzy poza murami gabinetu logopedycznego. Pomocna może okazać

---

[12] Szczegółowo opisana przez H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002.

[13] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia…*, s. 335.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

się psychoterapia, która ustali przyczyny zaistniałej blokady i pomoże ją zniwelować. Ze względu na coraz szybsze i coraz bardziej stresujące tempo pracy i życia w terapii logopedycznej wartości nabierają także techniki relaksacyjne. Napięcia psychiczno-nerwowe coraz intensywniej towarzyszą codziennym czynnościom i pracy zawodowej, stając się przyczyną zbyt szybkiej, niewyraźnej artykulacji, problemów z dykcją czy z prawidłowym oddychaniem podczas mówienia. Dorosły pacjent powinien być zatem postrzegany przez logopedę całościowo, również w świetle jego wyzwań i aktywności zawodowych, stosunku do posiadanej wady wymowy i motywacji do pracy nad zniwelowaniem nieprawidłowości.

Bibliografia

Czaplewska, E., Milewski S. (red.). (2012). *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Demel, G. (1998). *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa: WSiP.

Gałkowski, T., Jastrzębowska, G. (2003). *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Kaczmarczuk B. (2012). *Wymowa polska z ćwiczeniami*. Lublin: Asocjacja LOGOPEDIC.

Rodak, H. (2002). *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Sołtys-Chmielowicz, A. (2014). *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Wieloaspektowość logopedii, cz. I
Zaburzenia mowy w cyklu życia
Redakcja naukowa:
Karina Szafrańska, Iwona Klonowska, Ewa Małachowska
Toruń 2018

Dr Joanna Kamper-Warejko
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Dr hab. Iwona Kaproń-Charzyńska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Rola nowych narzędzi komunikacji we wspieraniu osób z zaburzeniami mowy

The role of new communication tools in supporting speech-impaired persons

Mówiąc, że każdy język naturalny powstał w drodze żywiołowej, nie przeczymy temu, że pewne fragmenty danego języka naturalnego rozwijają się w sposób nie żywiołowy, lecz planowany[1].

Streszczenie. Artykuł poświęcony jest problematyce nowych narzędzi komunikacji w logopedii. Autorki zwracają uwagę na możliwość świadomego wykorzystania typów komunikacji związanych z tymi narzędziami w terapii i usprawnianiu osób z zaburzeniami mowy. Kontakt z otoczeniem, budowanie więzi społecznych, przełamywanie barier – to aspekty funkcjonowania ważne dla każdego człowieka, w tym także dla osób z zaburzoną zdolnością komunikacji. W przypadku zablokowania funkcji systemu językowego – czasowej lub stałej, całkowitej lub częściowej, związanej z zaburzeniami lękowymi, psychotycznymi, emocjonalnymi, do realizacji celów komunikacyj-

[1] H. Greniewski, *Elementy logiki formalnej*, PWN, Warszawa 1955, s. 9–10.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nych mogą zostać wykorzystane, w zależności od sytuacji, telefoniczna czy internetowa komunikacja głosowa, a także komunikacja przebiegająca za pośrednictwem internetowych kanałów informacji o charakterze pisanym. Duże zróżnicowanie nowych form komunikacji rozciągające się na osi między komunikacją bezpośrednią i pośrednią, synchroniczną i asynchroniczną, pozwala, zdaniem autorek, nie tylko wpływać na osobniczy rozwój języka naturalnego, ale także go planować.

Słowa klucze: komunikacja, planowany rozwój języka naturalnego, nowe technologie, terapia logopedyczna, funkcja włączająca.

Summary. The paper is dedicated to the issue of new communication tools in speech therapy. The authors point out the possibility of using the types of communication related with these tools in speech therapy and speech-impairment improvement. Contacting environment, establishing social ties and overcoming barriers are essential to the functioning of every person, including people with impaired communication skills. In the event the language system function is blocked – temporarily or permanently, partly or fully, due to anxiety, psychotic or emotional disorders – communication can be effected with telephone or online voice messaging or with Internet Relay Chats, newsgroups and e-mail. According to the authors, considerable diversification of new forms of communication makes it possible to influence and plan an individual's natural language development.

Keywords: communication, natural language development planning, new technologies, speech therapy, inclusive education.

Kontakty z innymi ludźmi są istotnym elementem wypełniającym nasze życie, a działalność komunikacyjno-językowa stanowi niezwykle ważną ich część. Uczestnicy aktu komunikacji, jako jedna ze składowych tegoż aktu, mają określone właściwości biologiczne, psychiczne, społeczne, określoną kompetencję językową i komunikacyjną, określone intencje i cele komunikacyjne. To oni dokonują wyboru kodu w celu porozumienia się (środki językowe, środki niejęzykowe), decydują o wyborze kanału przekazu i wyborze urządzeń, za pomocą których będą się porozumiewać. Zawsze czynią to w konkretnych okolicznościach, w kontekście, który nie pozostaje bez wpływu na sam komunikat, zarówno pod względem jego treści, jak i formy[2]. W ścisłym związku z uczestnikami aktu komunikacji pozostaje fakt, że trzy wymiary międzyludzkiej relacji komunikacyjnej: biologiczno-fizjologiczny, psychiczny i społeczny, mogą być z różnych powodów zakłócone. Nieprze-

[2] Por. S. Gajda, *Lingwistyczne podstawy logopedii,* [w:] T. Gałkowski, J. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 11–82.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

strzeganie przez komunikantów zasad współpracy (por. reguły Grice'a), zasad grzeczności (por. zasady Leeche'a), reguł poprawności językowej, wreszcie niska sprawność językowa, wynikająca czy z niewiedzy użytkowników na temat zróżnicowania stylistycznego języka, czy z organicznych, funkcjonalnych, związanych z chorobami psychicznymi zaburzeń w aparacie mowy – to elementy zakłócające przebieg komunikacji, które na podstawie ich ścisłego związku z uczestnikami aktu komunikacji można przeciwstawić środowisku jako czynnikowi zakłócającemu przebieg komunikacji. W niniejszym artykule skoncentrujemy się na wybranych zakłóceniach komunikacyjnych, stanowiących przedmiot zainteresowania logopedii. Za cel stawiamy sobie zwrócenie uwagi na możliwość wykorzystania nowych narzędzi służących komunikacji w terapii zaburzeń mowy.

W dotychczasowej literaturze przedmiotu był sygnalizowany problem możliwości wykorzystania nowych technologii w procesie porozumiewania się. Prof. Jacek Błeszyński we wstępie do tomu poświęconemu wykorzystaniu gestu, obrazu, symbolu graficznego w komunikacji zwraca uwagę na to, że „wprowadzenie nowych systemów komunikacyjnych, wykorzystanie informatyki i najnowszych odkryć z dziedziny fizyki i techniki umożliwiają odbiór kontaktów, ale przede wszystkim intencjonalne wypowiadanie się przez osoby, które do tej pory nie miały takich perspektyw”[3]. W wymienionej publikacji znalazł się też artykuł Michała Ostrowskiego[4] podejmujący temat wykorzystania komputera w procesie wspomagania komunikacji.

Korzystanie z programów komputerowych w procesie dydaktycznym ma dziś szerokie zastosowanie i dotyczy nie tylko dzieci rozwijających się w normie. Programy te mogą być pomocne także w rozwoju dzieci i z trudnościami w nauce, wynikającymi z różnego rodzaju zaburzeń. Zwraca na to uwagę dr Krzysztof Liszcz w czwartym rozdziale swojej książki, poświęconej dzieciom z zespołem FAS:

---

[3] Por. J. Błeszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2011.

[4] M. Ostrowski, *Komputer w procesie wspomagania komunikacji dzieci niepełnosprawnych*, [w:] J. Błeszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2008, s. 445–456.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

> Dzięki programom komputerowym dziecko ma możliwość powtórzeń doświadczeń wizualnych, natychmiastowej reakcji zwrotnej oraz możliwość usprawniania rąk. Dla uczniów z trudnościami w nauce komputer otwiera wiele nowych możliwości. Niektóre programy komputerowe umożliwiają słyszenie pisanych słów, sprawdzenie napisanego tekstu. Uczniowie z zaburzeniami poalkoholowymi mogą dzięki komputerowi wykonywać dane zadanie, posługując się programami graficznymi[5].

Z innej perspektywy – kulturowej – na problem zwróciła uwagę prof. Krystyna Ferenz, która pisze:

> Nowe technologie informatyczne pokonują bariery przestrzeni w komunikowaniu się przedstawicieli różnych kultur, których łączy oczekiwanie otwarcia się świata dla wszystkich ludzi dobrej woli. Kategorie „swoich", „obcych" zostają w sferze tych kontaktów zanegowane, tworzone wspólnoty mają płaszczyzny wspólnych wartości. Ten nurt rozwoju komunikacji łamie bariery mentalnościowe, osłabia postawy ksenofobiczne nawet tych, którzy wprost z tych technik nie korzystają. Świat mediów i technik informatycznych wykorzystywanych indywidualnie tworzy też nowe możliwości dla tych, którym deficyty zmysłów mocno ograniczały wstęp w szerokie kręgi kulturowe współczesnego świata[6].

Wszystkie wymienione pozytywne aspekty związane z wykorzystaniem tzw. nowych technologii są niezwykle ważne. Wpływają one na rozwój jednostki, wzbogacają jej wiedzę o świecie, ułatwiają jej kontakt z najbliższym otoczeniem i z ludźmi, z którymi, ze względu na odległość w przestrzeni, byłoby im trudno się spotkać. Taką rolę pełnią nie tylko jako narzędzia w rękach osób, które rozwijają się i funkcjonują prawidłowo, z punktu widzenia oceny przeprowadzonej przez specjalistów, ale także tych, które wykazują pewne odstępstwa od przyjętej w danym czasie normy. Niewątpliwie i jednych, i drugich dotyczą te same dobroczynne aspekty korzystania z nowych narzędzi, ujawniające się w sferze

---

[5] K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Rubikon, Kraków 2011.

[6] B. Winczura (red.), *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*, Impuls, Kraków 2013.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

uczenia się, funkcjonowania w społeczeństwie i w kulturze, będącej wytworem tegoż społeczeństwa (w ten sposób realizuje się ich funkcja włączająca). W wypadku osób z deficytami zmysłów zakres funkcji wynikający z zastosowania nowych technologii jest jednak szerszy. Pozwalają im one bowiem nie tylko na efektywniejsze porozumienie się z otoczeniem, w sytuacji gdy wspomagają proces komunikacji, ale w niektórych wypadkach umożliwiają nawiązanie kontaktu ze światem zewnętrznym[7].

Możliwości rozwoju w ramach różnych dziedzin wiedzy, mogące się dzisiaj odbywać przy udziale techniki, są ogromne. Etykietkom, jakie najczęściej pojawiają się przy okazji tego typu rozważań – „nowe technologie", „nowe media" – trudno przypisać jakąś stałą pojemność znaczeniową. Istotą „nowych technologii", rozumianych jako zastosowanie najnowszych osiągnięć nauki w praktyce (odnoszące się do zaawansowanych rozwiązań technicznych), jest ich zmienność. Ta cecha dotyczy także „nowych mediów". Według L. Manovicha[8] „nowe media" to media analogowe skonwertowane do postaci cyfrowej (stąd też stosowana zamiennie nazwa „media cyfrowe"). Właśnie zetknięcie się „starych mediów" z komputerem doprowadziło do ich przemiany w „nowe media". Od tego momentu następują ciągłe przeobrażenia. Związane są one z tym, że komputer z maszyny obliczeniowej stał się urządzeniem multimedialnym, funkcjonującym w postaci komputera osobistego, tableta, laptopa, palmotopa, netbooka czy konsoli, a możliwość jego wbudowania do innych urządzeń zdecydowała o ich ewolucji. Tak się stało w przypadku telefonów komórkowych, które dzisiaj funkcjonują w postaci smartfonów, czyli urządzeń mających możliwość połączenia się z Internetem, wyposażonych w aplikacje mobilne i inne dodatkowe urządzenia, takie jak dyktafon, odtwarzacz MP3, radio, kamera, aparat fotograficzny. Nowe media to także możliwość

[7] Dotyczy to np. systemu cyber-oko, stworzonego przez zespół naukowców pod kierunkiem prof. dr. hab. inż. Andrzeja Czyżewskiego z Wydziału Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki Politechniki Gdańskiej, pozwalającego na trafniejszą diagnozę i terapię osób pozostających w śpiączce. Dzięki urządzeniu można zmierzyć poziom ludzkiej świadomości i dotrzeć do człowieka, z którym komunikacja wcześniej była niemożliwa.

[8] L. Manovich, *Język nowych mediów*, WAiP, Warszawa 2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nowego podejścia do otaczającej rzeczywistości, którą stwarzają nowe technologie.

Duże zróżnicowanie cechujące dzisiejsze środki komunikacji jako nośniki procesu wymiany informacji stało się elementem determinującym wzajemne oddziaływanie języka i technologii. Przyjmowany zwykle podział na środki komunikacji indywidualnej i media masowe, uwzględniający komunikację bezpośrednią i pośrednią, jest przejrzysty tylko na pierwszy rzut oka. W rzeczywistości, z uwagi na zacieranie się granicy między tym, co masowe, a tym, co indywidualne, jest on mało wyrazisty. Środki komunikacji indywidualnej często służą dziś do celów masowych, jak listy dyskusyjne czy wiadomości określane mianem *spamu*, i odwrotnie – środki komunikacji masowej stają się środkami komunikacji indywidualnej, jeśli weźmiemy pod uwagę istnienie telewizji interaktywnej czy usług VOD (ang. *Video on Demand*). Komunikacja bezpośrednia werbalna i niewerbalna, odbywająca się wyłącznie z wykorzystaniem możliwości ludzkiego organizmu, funkcjonuje więc w kontekście komunikacji pośredniej, której istotą jest wykorzystanie przez jej uczestników przedmiotu znajdującego się poza nimi. Obok tradycyjnej kartki papieru przedmiotami tymi są nowoczesne narzędzia, mieszczące się w szerokim pojęciu *komunikacji elektronicznej*, obejmującej telekomunikację, teleinformatykę i media elektroniczne (radio, telewizję, Internet). Zróżnicowanie kanałów komunikacji (zarówno kanału fonicznego, jak i kanału graficznego), wynikające z pojawienia się nowych środków komunikacji, zwłaszcza związanych z wykorzystaniem sieci internetowej, doprowadziło do pojawienia się nowych sytuacji komunikacyjnych, a co za tym idzie nowych typów tekstów i nowych typów komunikacji. W związku z tym rodzi się pytanie, czy można wykorzystać nowe środki komunikacji i nowe sytuacje komunikacyjne w terapii zaburzeń mowy, a jeśli tak, to w jaki sposób.

Ogólnoświatowa sieć komputerowa, jaką jest Internet, niewątpliwie zasługuje na miano „supermedium”[9]. Charakteryzuje się globalnym zasięgiem i interaktywnością. Właśnie przemienność ról nadawcy i odbiorcy jest niezwykle istotna z punktu widzenia komunikacji za po-

[9] Por. J. Grzenia, *Komunikacja językowa w Internecie*, PWN, Warszawa 2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

średnictwem Internetu. Jego użytkownicy mogą korzystać z wielu usług sieciowych (*Internet service*), jak: grupy dyskusyjne, gry internetowe, poczta elektroniczna, pogawędki internetowe, transfer plików, udostępnianie informacji w sieci WWW, do których J. Grzenia[10] odnosi termin „internetowe kanały informacyjne", z uwagi na fakt, że usługi sieciowe obejmują nadawcę, odbiorcę i przekaz, a więc mieszczą się w „ogólnym modelu komunikowania jako transmisji"[11]. Autor zwraca także uwagę na pisany charakter internetowych kanałów informacji jako ich cechę charakterystyczną oraz na fakt, że mówiony język internetowy „jest na razie (w 2006 r.) głównie ekonomicznym wariantem języka rozmów telefonicznych"[12]. Choć od 2006 r. minęło już sporo czasu, to trzeba stwierdzić, że słowa badacza niewiele straciły na aktualności. Mamy co prawda do dyspozycji wiele komunikatorów internetowych, ale tylko niektóre z nich stwarzają możliwość komunikacji głosowej (np. AIM, AQQ, Coccinella, Gadu-Gadu, Google Talk, Skype, Spik). Jakość tej komunikacji częstokroć pozostawia wiele do życzenia, stąd nie spada popularność komunikacji głosowej w ramach publicznie dostępnej usługi telekomunikacyjnej za pośrednictwem publicznej komutowanej sieci telefonicznej (PSTN), z wykorzystaniem urządzeń, których używamy zamiast tradycyjnych telefonów komórkowych.

Z punktu widzenia możliwości wykorzystania nowych urządzeń i nowych sposobów komunikacji w terapii logopedycznej najistotniejsze są cele komunikacyjne, jakie można zrealizować w telefonicznej czy internetowej komunikacji głosowej oraz w komunikacji przebiegającej za pośrednictwem internetowych kanałów informacji o charakterze pisanym.

W przebiegającej bez zakłóceń komunikacji werbalnej, w której wykorzystuje się mowę, z czynnością mówienia związany jest proces nadawania, odbioru oraz wszystkie skomplikowane mechanizmy psychiczne, odbywające się na poziomie mózgu, odpowiedzialne za formułowanie treści i formy wypowiedzi (kodowanie) oraz jej rozkodowywa-

---

[10] Ibidem, s. 25.

[11] T. Goban-Klas, *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy prasy, radia, telewizji i Internetu,* PWN, Warszawa–Kraków 1999.

[12] Por. J. Grzenia, *Komunikacja językowa w Internecie*, s. 26.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nie, czyli percepcję. Na mechanizm nadawania i odbioru wypowiedzi słownej składają się więc różnego rodzaju czynności – psychiczne, fizjologiczne i fizyczne, przy czym „czynność mowna" (wytworzenie i percepcja wypowiedzi) zawsze rozpoczyna się i kończy na poziomie psychicznym. Deficyty, w których terapii nowe środki komunikacji oraz związane z nimi nowe sytuacje komunikacyjne odgrywają szczególnie ważną rolę, są zaburzenia wybiórczych czynności psychicznych.

Do zaburzeń mających odniesienie do sfery psychicznej człowieka należą przede wszystkim mutyzm i autyzm, w odniesieniu do których wskazuje się podłoże psychogenne, oraz jąkanie interpretowane jako nerwica mowy. Wymienione deficyty charakteryzują się brakiem zakłóceń recepcji i percepcji, a jednocześnie występowaniem różnego stopnia zakłóceń w nadawaniu wypowiedzi[13]. Można więc uznać, że są to zaburzenia natury ekspresyjnej, mieszczące się w obrębie takich pojęć, jak *ekspresja mowy* czy *ekspresja językowa*[14]. Są to jednocześnie zaburzenia mowy wymykające się tradycyjnym klasyfikacjom, zaburzenia o niejednorodnych przyczynach, czasami bardzo trudnych do określenia.

Najnowsze klasyfikacje zaburzeń mowy są próbą łączenia dotychczas stosowanych kryteriów podziału (objawowe, przyczynowe) oraz starają się sprostać wymaganiom postępowania logopedycznego: mają pomóc terapeucie w diagnozie i w terapii. Pierwszą grupę podziału zaburzeń reprezentuje projekt autorstwa H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi opisany w *Audiofonologii*[15] (por. Mierzejewska, Emiluta-Rozya 1997: 37–48). Klasyfikacja ta – w interesującym nas kontekście – potwierdza tezę, że takie zaburzenia, jak: mutyzm, mowa dziecka autystycznego i jąkanie nie mieszczą się w przejrzystym schemacie podziału. Decyduje o tym ich złożoność, zarówno na poziomie patome-

[13] Nie koncentrujemy się na tym, czy zaburzone zachowanie językowe jest wtórne czy pierwotne w stosunku do zachowań niejęzykowych (zachowań motorycznych, rozwojowych itp.).

[14] Por. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1999.

[15] H. Mierzejewska, D. Emiluta-Rozya, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia" 1997, 10, s. 37–48.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

chanizmu, objawów, jak i etiologii. Drugi rodzaj typologii reprezentuje zaproponowana przez S. Grabiasa logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy[16]. Jej celem jest pomoc i wskazanie konkretnej ścieżki terapeucie. Szczególną uwagę poświęca się procedurom (wymienia się główne procedury: budowanie kompetencji, usprawnianie realizacji oraz stabilizowanie kompetencji i jej odbudowa) i strategii postępowania logopedycznego (to postępowanie terapeutyczne w ramach konkretnej procedury dostosowane do możliwości percepcyjnych i realizacyjnych osoby z zaburzoną zdolnością komunikacji[17]). W tym ujęciu zaburzenia, o których wspomniano wyżej, umieścić by należało – z pewnymi zastrzeżeniami – w obrębie zaburzeń mowy związanych z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych, przy zdobytych kompetencjach. Należy jednak zastrzec, że mutyzm i autyzm nie do końca się w tę procedurę wpisują. Przy mutyzmie kompetencje są, a brak sprawności nie jest wynikiem zaburzeń realizacyjnych, wadą aparatu fonicznego, nie jest zaburzona realizacja fonemów czy ciągu fonicznego. W wypadku autyzmu sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana, ponieważ stopień zaburzenia może być różny. W terapii należy więc usprawniać realizację, ale też – często – budować kompetencję (nie tylko językową)[18]. To strategia logopedyczna stosowana w trzeciej procedurze wymienianej przez S. Grabiasa, obejmującej zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego[19]. Procedurą logopedyczną, która obej-

---

[16] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.

[17] Pojęcie ZZK pojawia się w pracy G. Guni i V. Lechty (2012: 16).

[18] O procedurach i technikach wykorzystywanych w terapii dzieci z autyzmem możemy poczytać w publikacji zbiorowej pod red. prof. J. Błeszyńskiego pt. *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. We wstępie do wymienionej publikacji prof. T. Gałkowski pisze, że „w omawianej dziedzinie jesteśmy zmuszeni do szczególnej ostrożności w formułowaniu wniosków i zaleceń [podkreślenie Autorek], bo pozostajemy wciąż w warunkach niepewności i wieloznaczności uzyskiwanych wyników. Godny refleksji jest fakt, że w niektórych przypadkach rodzice dzieci z autyzmem, kierując się intuicją, znajomością upodobań i bardzo ogólną orientacją w możliwościach dziecka, popełniają niekiedy mniej błędów niż profesjonaliści" (por. Błeszyński (red.), 2011: 9).

[19] Autor zalicza tu np. afazję, w wypadku której może nastąpić rozpad różnych kompetencji, co jest bliskie autyzmowi. W odniesieniu do niego mamy między innymi

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

muje wszystkie wymienione zaburzenia, byłoby usprawnianie realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego[20].

W przypadku zablokowania funkcji systemu językowego – czasowej lub stałej, całkowitej lub częściowej, związanej z zaburzeniami lekowymi, psychotycznymi, emocjonalnymi, a objawiającymi się brakiem kontaktu werbalnego, jak w wypadku mutyzmu, a także jąkania, w którym wynikające ze skurczów mięśni zaburzenia płynności mowy są skorelowane ze zmianami psychicznymi, jako element wspomagający terapię mogą zostać wykorzystane typy komunikacji międzyludzkiej, występujące w obrębie Internetu. Chodzi zwłaszcza o typ konwersacyjny, reprezentowany przez pogawędki internetowe – tzw. czaty, a także o typ korespondencyjny, oparty na poczcie elektronicznej, grupach, listach i forach dyskusyjnych[21]. Dialogowy, a jednocześnie pisany charakter wymienionych typów komunikacji pozwala na nawiązanie i utrzymanie kontaktu z osobą dotkniętą mutyzmem całkowitym lub wybiórczym. Osoba ta może komunikować się z tymi, przy których milczy poprzez czat, którego zasadniczą cechą jest synchroniczność rozmów z innymi użytkownikami sieci. Rozmowy takie stanowią tekstowo-graficzny zastępnik komunikacji głosowej, a także komunikacji niewerbalnej, dzięki możliwości stosowania emotikonów. Są bliskie komunikacji „twarzą w twarz", z pełną wymiennością i względną równowagą ról nadawcy i odbiorcy, także ze względu na właściwości języka. Pozwalają osobom dotkniętym mutyzmem na kontakt nie tylko z osobami znanymi, z najbliższego otoczenia (bliskimi, rodziną i przyjaciółmi), dla których taki dialog jest też wsparciem emocjonalnym, jako jedyne źródło nawiązania kontaktu werbalnego z bliską osobą dotkniętą omawianym zaburzeniem, ale także umożliwiają komunikowanie się z innymi użytkownikami z możliwością zachowania dystansu wobec

do czynienia z rozpadem kompetencji komunikacyjnej – brak spontanicznego budowania wypowiedzi spójnej i adekwatnej do sytuacji.

[20] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, s. 55.

[21] Typ konwersacyjny i korespondencyjny jako typy komunikacji międzyludzkiej w obrębie Internetu wyróżnia J. Grzenia (2006: 43), obok typu hipertekstowego, reprezentowanego przez teksty WWW, nienależące do typu konwersacyjnego i korespondencyjnego.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nich. To samo dotyczy osób jąkających się, u których w związku z procesem komunikacji występuje lęk przez mówieniem i w konsekwencji unikanie kontaktów mownych z otoczeniem[22]. W ich wypadku duże znaczenie ma fakt komunikacji w tym samym czasie, ale bez bliskości polegającej na utrzymaniu kontaktu wzrokowego i głosowego, a także anonimowość (pełna lub częściowa) pogawędek internetowych. Nie chodzi tutaj o anonimowość, która ma na celu kamuflaż, ukrycie własnej tożsamości, ale o anonimowość, która ma ułatwić komunikowanie się, przełamać ograniczenia i trudności spowodowane względami psychicznymi[23]. Niewykluczone jednak, że osoby jąkające się, w związku ze zmianami psychicznymi, mogą dążyć w komunikacji internetowej do wykreowania nowej tożsamości.

W komunikacji typu korespondencyjnego anonimowość nie jest już powszechna. Odnosi się ona przede wszystkim do forów i grup dyskusyjnych. Dlatego listy, fora i grupy dyskusyjne, dające możliwość zainicjowania dyskusji na różne tematy (rozpoczęcie wątku), wzięcia w niej udziału poprzez wysyłanie tekstów zwanych „postami" (związane z koniecznością korzystania z konta poczty elektronicznej), bez konieczności ujawniania wszystkich informacji o sobie, pozwalają zarówno osobom z mutyzmem, jak i osobom jąkającym się na nawiązywanie kontaktów z osobami o podobnych zainteresowaniach, bez narażenia się na negatywne reakcje ze strony społeczeństwa na ich trudności komunikacyjne.

Anonimowość jest ograniczona w wypadkach portali społecznościowych[24]. Ich przydatność w terapii osób z zaburzeniami mowy o podłożu psychicznym przejawia się w tym, że użytkownicy ci mogą, na takich samych prawach jak osoby bez zaburzeń, być częścią społeczności zgromadzonej wokół serwisu internetowego. Portale społecznościowe o charakterze ogólnym, jak Facebook, czy skierowane do określonych grup, np. byłych uczniów, jak Nk.pl, osób, które dzielą się konkretnymi treściami, jak YouTube, Fotka.pl, osób, które dzielą się opiniami

[22] I. Styczek, *Logopedia*, PWN, Warszawa 1979.

[23] Zwraca na to uwagę także J. Grzenia, por.: Anonimowość w sieciowej konwersacji pełni nawet rolę terapeutyczną, lecz najczęściej jej zadaniem jest ułatwienie komunikowania się" (J. Grzenia, *Komunikacja językowa w Internecie*, s. 71–72).

[24] Pomijamy problem możliwości zakładania fikcyjnych kont na portalach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

i recenzjami na określone tematy, np. Filmweb, BiblioNETka, portale biznesowe, jak LinkedIn, GoldenLine, dzięki modelowi komunikacji Peer-to-Peer, zapewniającej te same uprawnienia wszystkim hostom, sprawiają, że nadawca zrównuje się z odbiorcą. Tzw. milcząca obecność na portalu, polegająca na tym, że użytkownik jest dostępny, ale nie wykazuje aktywności, natomiast może śledzić, co robią inni użytkownicy i w razie potrzeby reagować, przypomina uczestnictwo w rzeczywistych kontaktach międzyludzkich. Dla osób z zaburzeniami mowy, którym towarzyszą stany lękowe czy depresje, portale społecznościowe stanowią panaceum jako pierwszy krok w procesie nawiązywania kontaktu i budowania relacji z innymi ludźmi. W ten sposób spełniają one funkcję socjalizującą, która ujawnia się na poziomie komunikacji językowej.

Poczta elektroniczna różni się od pogawędek internetowych swoim charakterem asynchronicznym. Ze względu na automatyzację dotyczącą zarówno nadawania, jak i odbierania e-maili, możliwość ich wysyłania jednocześnie do wielu odbiorców, możliwość archiwizowania wiadomości, przesyłania załączników w postaci plików tekstowych, dźwiękowych i obrazów ruchomych, a także niskie koszty korzystania z usług, poczta elektroniczna jest narzędziem internetowym bardzo przydatnym w terapii osób z mutyzmem i osób jąkających się, środkiem umożliwiającym i podtrzymującym komunikację z tymi osobami. Dotyczy to także niemówiących lub tylko wokalizujących dzieci autystycznych, które – po zdobyciu odpowiednich umiejętności, co najczęściej nie sprawia większych problemów – mogą przekazywać swoje myśli i potrzeby za pośrednictwem poczty elektronicznej. W tym wypadku, oprócz przekazywania informacji, ważne jest też wspomaganie motoryki małej (usprawnianie rąk), możliwe dzięki uczeniu się korzystania z komputera, tabletu czy smartfona. Asynchroniczność w procesie porozumiewania się pozwala zachować dystans między uczestnikami sytuacji komunikacyjnej, co jest istotne dla osób z zaburzeniami mowy o charakterze psychogennym. Biorąc pod uwagę usługi oferowane przez sieci telefoniczne, taką samą funkcję pełnią krótkie wiadomości tekstowe SMS. Nie do przecenienia są dodatkowe możliwości, jakie stwarza poczta elektroniczna. W wypadku osób dotkniętych mutyzmem wybiórczym istnieje możliwość nagrywania ich głosu

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

lub obrazu i głosu i przesyłania plików za pośrednictwem poczty elektronicznej do osób, przy których milczą. Dla bliskich jest to czasami jedyny sposób, żeby usłyszeć głos osoby z wymienionym zaburzeniem mowy, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia utrzymywania więzi emocjonalnej.

Zbliżoną funkcję, jako element wspierający terapię osób z zaburzeniami mowy, pełni nagrywanie wypowiedzi na skrzynkę głosową. Usługa ta, dostępna w ramach w komunikacji za pośrednictwem sieci telefonicznej, może być stosowana w terapii zarówno osób z mutyzmem, jak i jąkających się. Jako forma komunikacji pośredniej nie naraża wymienionych osób na stres i może pomóc w przełamywaniu bariery, jaką jest dla nich nie tylko komunikacja twarzą w twarz, ale często także pośrednia synchroniczna komunikacja głosowa. Ten ostatni rodzaj komunikacji także pełni istotną funkcję w terapii psychogennych zaburzeń mowy, ale to terapeuta musi ocenić, na jakim etapie terapii może zostać wykorzystany. Synchroniczna rozmowa głosowa przez sieć telefoniczną czy internetową (z możliwością wizualizacji, jak np. w komunikatorze Skype) jest typem komunikacji pośredniej, zbliżonym do komunikacji twarzą w twarz, zwłaszcza jeśli używa się kamer. Pozwala ona na zachowanie dystansu wobec uczestników aktu komunikacji, ale jednocześnie skraca dystans, który jest charakterystyczny dla omówionych wcześniej typów komunikacji o charakterze asynchronicznym. Jest istotna w terapii osób z zaburzeniami mowy, mającymi lęki komunikacyjne, jako etap przejściowy między komunikacją pośrednią asynchroniczną a komunikacją synchroniczną bezpośrednią. Jest ważna także dla bliskich tych osób, które są poddawane terapii. Jak wiadomo, w komunikacji głosowej, dzięki cechom suprasegmentalnym mowy, są przekazywane dodatkowe informacje o emocjach nadawcy. Możliwość usłyszenia głosu osoby bliskiej dotkniętej zaburzeniem mowy zaspokaja nie tylko naturalną potrzebę komunikowania, ale także służy podtrzymywaniu więzi emocjonalnych.

Na zakończenie warto dodać, że duże znaczenie dla funkcjonowania osób z zaburzeniami mowy ma także twórczy aspekt komunikacji internetowej, którą stwarza wirtualność internetowa. J. Grzenia tak pisze na ten temat: „O ile bowiem kreatywność jednostki w realnej rzeczywistości jest ogromnie ograniczona możliwościami kanałów ko-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

munikacyjnych, które są dostępne, i społecznymi konwencjami komunikowania się, o tyle Internet pozwala na realizowanie potrzeby tworzenia oraz rozwijania się przez twórczość”[25].

Mamy jednak nadzieję, że zebrane wyżej informacje i spostrzeżenia choć w niewielkim stopniu będą pomocne i staną się impulsem do poszukiwania różnych rozwiązań. Rozwój techniki jest bowiem tym istotnym elementem współczesnego świata, którego wpływ na różne dziedziny funkcjonowania człowieka jest mocno odczuwalny, dzięki wdrażaniu zdobyczy techniki w życie. Co roku pojawiają się nowe technologie, mające udogodnić nam bytowanie. Wdzierają się one w nasz świat, co może wiązać się z tym, że nie każdy odbiera je jako integralną częścią świata, w którym funkcjonuje. Dla wielu mogą się stać źródłem chaosu i poczucia dezintegracji. Dlatego zadaniem przedstawicieli różnych dziedzin nauki, zwłaszcza tych mających punkt widzenia odmienny od przedstawicieli nauk ścisłych i technicznych, jest analiza wpływu rozwoju techniki na poszczególne dziedziny wiedzy, a przede wszystkim analiza możliwości wykorzystania w nich zdobyczy techniki. Do tych dziedzin należy także logopedia. Postęp technologiczny umożliwia lepszą diagnozę i terapię oraz rozwój osób niepełnosprawnych, osób z różnego typu zaburzeniami, w tym z zaburzeniami mowy. Dostarcza narzędzi, które pozwalają zaspokoić potrzebę komunikacji – podstawową potrzebę każdego człowieka, ułatwiają rozwiązywanie zwykłych, codziennych spraw. Ułatwiony kontakt z otoczeniem, budowanie więzi społecznych, przełamywanie barier – to aspekty funkcjonowania ważne dla każdego człowieka, nie tylko dla osoby z zaburzoną zdolnością komunikacji. Wykorzystanie tzw. nowych mediów może wspomagać czynności poznawcze, przełamywać ograniczenia i trudności komunikacyjne, usprawniając w aspekcie pragmatycznym proces porozumiewania się, poprzez zredukowanie dystansu, unikanie oficjalności, a w niektórych wypadkach może być jedynym sposobem nawiązania bliższych relacji z osobami bliskimi (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo). Niewątpliwie zaletą nowych form komunikacji jest ich duże zróżnicowanie rozciągające się na osi między komunikacją bezpośred-

[25] J. Grzenia, *Komunikacja językowa w Internecie*, s. 72.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

nią i pośrednią, synchroniczną i asynchroniczną. Dzięki nim można wpływać na osobniczy rozwój języka naturalnego i go planować. Nie można bowiem zaprzeczyć, że mimo tak wielu dostępnych dzisiaj narzędzi komunikacji, do przetwarzania informacji ludzie wykorzystują przede wszystkim dynamiczny, a jednocześnie stały w swej istocie język naturalny.

Bibliografia

Błeszyński, J. (red.). (2011). *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. Kraków: Impuls.

Gajda, S. (2003). *Lingwistyczne podstawy logopedii*. [w:] T. Gałkowski, J. Jastrzębowska (red.). *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Gałkowski, T., Jastrzębowska, G. (red.). (1999). *Logopedia. Pytania i odpowiedzi.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

Goban-Klas, T. (1999). *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy prasy, radia, telewizji i Internetu*. Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Grabias, S., Kurkowski, M. (red.). (2012). *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Greniewski, H. (1955). *Elementy logiki formalnej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Grzenia, J. (2006). *Komunikacja językowa w Internecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Liszcz, K. (2011). *Dziecko z FAS w szkole i w domu*. Kraków: Rubikon.

Guni, G., Lecht, V. (2012). *Wprowadzenie do logopedii.* Kraków: Impuls.

Manovich, L. (2006). *Język nowych mediów.* Warszawa: WAiP.

Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1997). *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy.* „Audiofonologia", 10: 37–48.

Ostrowski, M. (2008). *Komputer w procesie wspomagania komunikacji dzieci niepełnosprawnych*. [w:] J. Błeszyński (red.). *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji.* Kraków: Impuls.

Winczura, B. (red.). (2013). *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych.* Kraków: Impuls.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 6742963A64376562